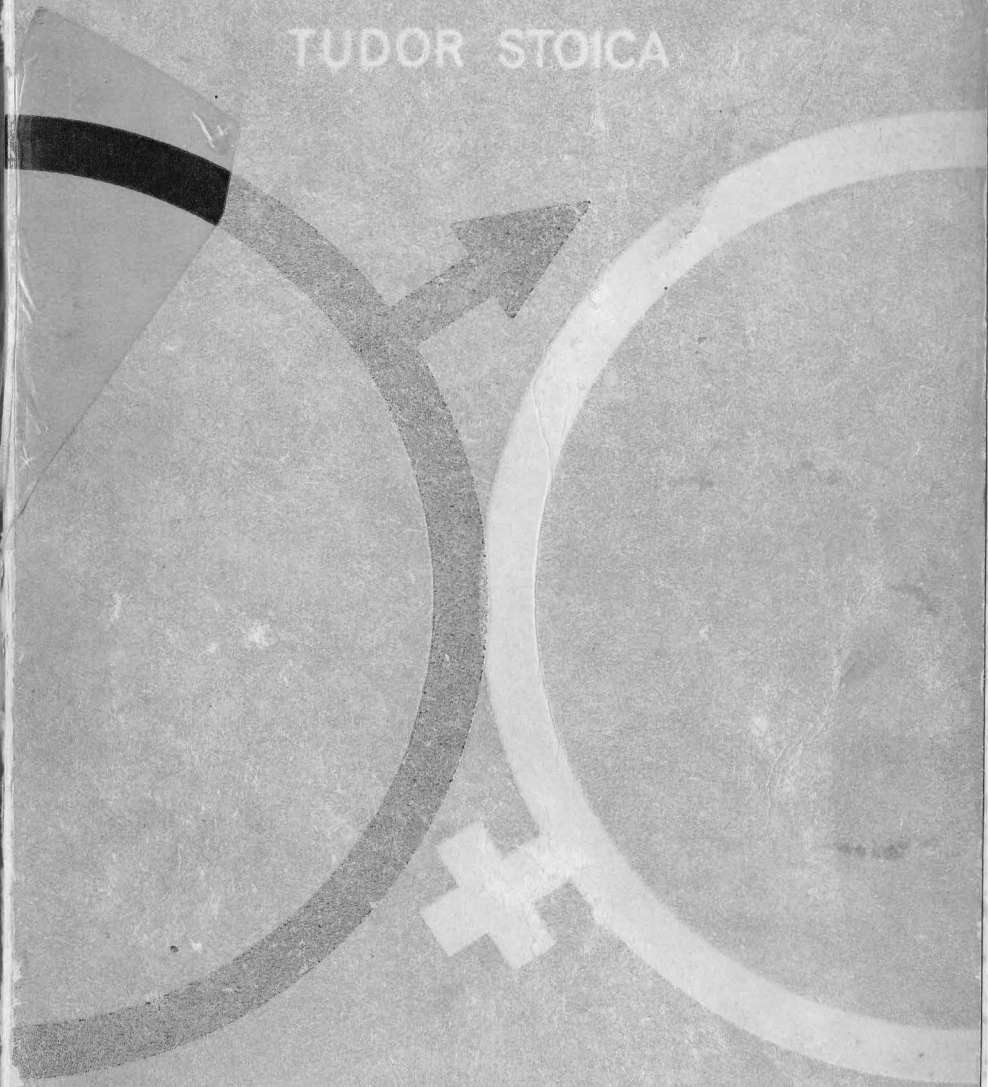
SEXOLOGIE

TUDOR STOICA



EDITURA MEDICALĂ

PREFAȚĂ

Epuizarea volumului de „Sexologie normală și patologică" în mai puțin de o săptămînă de la apariția lui, în iunie 1970 atestă viul interes care l-a suscitat și cît era de necesară o asemenea lucrare. S-a dovedit a fi utilă medicilor, studenților în medicină și biologie, profesorilor de științe naturale, pedagogilor și, de asemenea, tineretului dornic să se instruiască într-un domeniu mai puțin abordat la noi, ca cel al sexologiei. De altfel, acest domeniu este neglijat în școală ca și în universități și chiar în facultățile de medicină, biologie și pedagogie.

Scrierea acestui volum a reprezentat pentru noi un efort considerabil și totodată multă perseverență din partea noastră și a Editurii medicale pentru apariția unei cărți de acest gen.

Cartea abordează o problematică dificilă și complexă a proceselor sexuale normale și patologice și are un caracter instructiv-educativ și de importanță nu numai medicală, dar deopotrivă și socială.

Multe din tulburările sexuale, care apar în viața conjugală a unui cuplu la unul din parteneri, soț sau soție, duc la animozități între ei, la o stare de tensiune, la instabilitate și, mai devreme sau mai tîrziu, pun sub semnul întrebării însăși existența cuplului.

De cele mai multe ori, ignoranța în materie de sexualitate și necunoașterea unor norme de igienă sexuală — în sens larg — sînt factori predispozanți sau determinanți ai tulburărilor sexuale. Reținerea, jena pe care o manifestă

pacienții cu tulburări sexuale (impotență, frigiditate, dispareunie etc.) sînt cunoscute. Cînd, totuși, ei se hotărăsc să consulte, deseori acuzele lor sexuale sînt subapreciate sau, dimpotrivă, dramatizate de către medic care, nu rareori, este și depășit de această problematică.

Adevărul este că examenul unui bolnav cu tulburări sexuale necesită o tehnică de examinare specifică sexologiei și cunoștințe exacte în acest domeniu și nu empirism și nici recomandări prin prisma experienței personale.

Ca și în alte domenii ale patologiei medicale, multe tulburări sexuale pot fi prevenite, se pot ameliora sau vindeca printr-un tratament adecvat, instituit la timp.

Sperăm ca acest volum, pentru a cărei publicare mulțumim conducerii Editurii medicale, va satisface exigențele specialiștilor ca și ale publicului medical.

AUTORUL

CUPRINSUL

Pag.

Prefață 5

Introducere 13

Sexualizarea individului 17

Copilăria 29

Pubertatea 33

Evoluția perioadei pubertare 35

1. Creșterea și modelarea organismului 36

2. Maturarea sexuală 39

3. Maturarea neuropsihică 41

Determinismul neuroendocrin al pubertății 44

Modificări calitative în dezvoltarea copilului 47

Tulburări privind cronologia apariției pubertății . . . 51

Pubertatea precoce 51

Pubertatea tardivă. Infantilismul genital 58

Bazele fiziologice ale comportamentului sexual 61

Factorii care determină comportamentul sexual . . . 61

Activitatea psihică și comportamentul sexual . . . 61

Componenta dinamogenă a motivației sexuale . . . 63

Componenta direcțională a motivației sexuale . . 65

Factorul genetic și comportamentul sexual 70

Hormonii și comportamentul sexual 70

I. Independența relativă a primatelor de hormonii sexuali 71

II. Efectul comportamental al hormonilor sexuali . 72

A. Androgenii 73

1. Rolul „organizațional" al androgenilor . . . 73

2. Rolul „activator" al androgenilor 75

B. Estrogenii 75

C. Progesteronul 76

D. Hormonii gonadotropi 76

E. Progestativele de sinteză 77

Pag.

III. Influenţarea comportamentului sexual al partenerului mascul de către bilanţul hormonal al femelei 77
IV. Pragul hormonal, factorul timp, receptivitatea organului-ţintă 78
V. Acţiunea celorlalţi hormoni, nesexuali, asupra comportamentului sexual 78
Rolul sistemului nervos central în comportamentul sexual 79
Centrii motivaţiei sexuale 80
Mecanismele neuroendocrine ale comportamentului sexual 83
Prima integrare nervoasă a stimulilor externi cu cei interni 84
A doua integrare nervoasă a diferitelor tipuri de motivaţii comportamentale 90
Corelaţia comportamentului sexual cu reproducerea 91
Structurile efectorii ale motivaţiei sexuale . . 92
Substratul neurobiochimic al motivaţiei sexuale . . 93
Bibliografie 94

Igiena sexuală 100

Deflorarea 100
Accidente posibile la deflorare sau în cursul copulaţiei 103
Igiena actului sexual 107
Igiena organelor genitale 111
Igiena menstruaţiei 113

Fiziologia actului sexual 116

Ciclul răspunsului sexual la bărbat 116
Ciclul răspunsului sexual la femeie 120
Actul sexual în stările fiziologice 127
Actul sexual în stările patologice 129

Eupareunia 131

Condiţiile anatomice 132
Condiţiile fiziologice 134
Rolul tehnicii copulatorii în eupareunie 138

Fertilitatea şi sterilitatea 144

Fertilitatea masculină 144
Fertilitatea feminină 149
Sterilitatea masculină 154
Azoospermiile 155
Sterilitatea feminină 158
Sterilitatea feminină fiziologică 158
Sterilitatea feminină patologică 160
Prevenirea sterilităţii 164
Tratamentul sterilităţii 166

Pag.

Masturbaţia 168

Sexualitatea la climacterium 179

Menopauza 179
Fiziopatologie 185
Tratament 187
Andropauza (climacteriul viril) 188

Tulburările sexuale la bărbat 194

Fişa de consultaţie andrologică 194
Bibliografie 206
Impotenţa sexuală 206
Clasificarea semiologică 208
Impotenţa sexuală prin absenţa libidoului . . . 208
Impotenţa sexuală prin tulburarea erecţiei . . . 209
Impotenţa sexuală prin imposibilitatea de intromisiune 209
Impotenţa sexuală prin tulburări de ejaculare . . 209
Ejacularea precoce 210
Ejacularea tardivă 211
Ejacularea involuntară (pierderea de lichid seminal) 211
Hemospermia 212
Impotenţa sexuală prin tulburări de orgasm . . . 213
Clasificarea etiopatogenică 214
Impotenţa sexuală organică 214
Impotenţa sexuală de origine neurologică . . . 215
Impotenţa sexuală de origine vasculară . . . 216
Impotenţa sexuală de origine endocrină . . . 216
Impotenţa sexuală de alte origini 218
Tratamentul impotenţei sexuale organice . . . 219
Impotenţa sexuală funcţională psihogenă 221
Impotenţa sexuală de debut (a adolescenţilor) . . 222
Impotenţa sexuală a primelor contacte cu o nouă parteneră 222
Impotenţa sexuală neuropsihică reacţională secundară 223
Impotenţa sexuală psihogenă primară 225
Impotenţa sexuală din nevroze 225
Tratamentul impotenţei sexuale funcţionale . . 226
Tratamentul medicamentos 226
Reflexoterapia 227
Tratamentul ejaculării precoce neuropsihice funcţionale 228
Tratamentul nevrozelor sexuale 230
Conduita terapeutică în impotenţele sexuale psihogene 231
Bibliografie 232
Priapismul 233
Simptomatologie 234
Etiologie 235
Fiziopatologie 236
Tratament 238
Bibliografie 239

Pag.

Apareunia și hemipareunia 240

Anomalii congenitale 240
Anomalii ale organelor genitale masculine 240
Anomalii ale organelor genitale feminine 241
Absența congenitală a vaginului 243
Septurile vaginale congenitale 245
Himenul imperforat 247
Anomalii dobîndite 248
Stenozele genitale dobîndite în cursul vieții sexuale . 248

Tulburările sexuale la femeie 249

Vaginismul 249
Vaginismele primitive 252
Vaginismele secundare 254
Dispareunia 257
Frigiditatea 262
Fișa de consultație a femeii cu tulburări sexuale . 265
Frigiditatea simptomatică (secundară) 268
Frigiditatea de origine neurologică 268
Frigiditatea din afecțiunile generale 268
Frigiditatea de natură ginecologică 269
Frigiditatea de natură endocrină 269
Frigiditatea funcțională (psihogenă) 274
Frigiditatea prin factori psihologici 274
Frigiditatea prin factori nevrozanți 275
Frigiditatea prin factori psihopatici 276
Tratamentul frigidității 277
Tratamentul frigidității simptomatice 277
Tratamentul frigidității funcționale (psihogene) . . 280
Bibliografie 283

Hipersexualitatea 284

Hipersexualitatea la bărbat 285
Hipersexualitatea la femeie 288
Tratamentul hipersexualității 293
Bibliografie 294

Intersexualitatea organică 295

Pseudohermafroditismul 296
Pseudohermafroditismul masculin 297
Pseudohermafroditismul feminin 300
Hermafroditismul adevărat 305

Pag.

Deviații ale comportamentului sexual 310

Perversiunile sexuale 310
Sadismul și mazochismul 311
Exhibiționismul . . . . . 3[illegible]
Alte perversiuni sexuale 316
Inversiunea sexuală (homosexualitatea) 319
Homosexualitatea masculină 320
Homosexualitatea feminină 326
Bibliografie 329

Aspecte medico-legale ale sexualității 331

Violul 332
Alte aspecte medico-legale privitoare la viața sexuală . 337
Bibliografie 343

INTRODUCERE

Activitatea sexuală a omului se deosebește profund de cea a animalelor. La om, funcția sexuală se integrează în unitatea organismului, căruia îi imprimă trăsături proprii, în conformația corporală și în viața psihică superioară. Instinctul său sexual are un caracter mult mai complex decît la celelalte viețuitoare și este însoțit de sentimentul dragostei.

Iubirea înnobilează instinctul sexual, îl ridică pe o treaptă superioară și face să apară dorința sexuală electivă, pentru o anumită persoană a sexului opus.

După Karl Marx și F. Engels : „comportarea bărbatului față de femeie este cea mai naturală comportare a omului față de om. Prin urmare, în aceasta se reflectă cît de umană a devenit comportarea naturală a omului".

La animalele superioare predomină excitațiile senzoriale directe, care alcătuiesc primul sistem de semnalizare. La om, acestea se mențin, dar capătă o semnificație psihică umană. Viața lui sexuală este o rezultantă a acțiunii factorilor din mediul intern și a celor mai diferiți excitanți ai mediului extern, care participă la dezvoltarea individului și condiționează reactivitatea lui sexuală.

În timp ce animalele reacționează la excitanții direcți din mediul extern, veniți pe cale senzitivă — vizuală sau olfactivă —, omul reacționează în plus și la excitanții indirecți, la acțiunea de semnalizare a vorbirii. Așadar, cuvîntul, vorbirea, devine un semnal al semnalelor. Se dezvoltă astfel un nou sistem de conexiuni nervoase în

scoarţa cerebrală, ceea ce constituie cel de al doilea sistem de semnalizare, propriu numai omului. Astfel, cuvîntul vorbit sau scris condiţionează comportarea sa şi în domeniul vieţii sexuale.

Factorii externi care acţionează asupra sexualităţii sînt variaţi : climat, anotimp, alimentaţie, mod general de viaţă. Dar influenţa hotărîtoare o au factorii sociali. Tipul de relaţii dintre oameni, în legătură cu locul pe care-l ocupă în procesul producţiei materiale, le imprimă concepţiile despre lume în general şi deci şi despre viaţa sexuală.

În cadrul moralei sexuale burgheze puterea banului dictează şi relaţiile dintre sexe.

În orînduirea socialistă, lipsită de orice formă de exploatare, viaţa sexuală este reglementată prin norme şi principii de conduită etico-morală complet deosebite faţă de cele burgheze. Acestea sînt în concordanţă cu noua concepţie a moralei socialiste asupra relaţiilor sexuale. Se trece astfel de la monogamia capitalistă, la monogamia reală din socialism. Conduita etico-morală socialistă presupune o armonie între interesele şi aspiraţiile individului şi interesele şi năzuinţele colectivului. Dorinţele şi sentimentele omului nu trebuie să lezeze aspiraţiile celor din jur, iar manifestările primitive, care ar putea fi dăunătoare celorlalţi, sînt frînate şi controlate în mod conştient.

Marele pedagog Makarenko face apel la : „găsirea liniilor armonioase ale libertăţii şi ale disciplinei care să stea la baza educaţiei morale".

Formarea calităţilor morale şi, prin urmare, a unui caracter sănătos este un proces complex şi depinde de educaţia generală a individului, care acţionează pe o perioadă lungă de timp — din copilărie, la maturitate şi în cursul vieţii adulte.

Paralel cu însuşirea concepţiilor despre lume, despre modul general de viaţă socialist, este necesar să se dea tinerilor o orientare clară, corespunzătoare, şi cu privire la relaţiile dintre sexe. În consecinţă, educaţia sexuală nu va fi tratată ca o latură independentă, ci va fi înglobată în procesul instructiv-educativ general, deoarece : „educaţia sexuală, aceasta este în primul rînd educaţia în cultură a personalităţii sociale" (A. S. Makarenko). Un alt autor, T. S. Aratov, constată că : „succesele obţinute în domeniul didactic, în dezvoltarea fizică şi în cultura igienico-sanitară a generaţiei noi întrec de multe ori cultura comportării, cultura relaţiilor reciproce..."

Cauzele rămînerilor în urmă în acest domeniu ţin, în primul rînd, de rămăşiţele şi influenţele mentalităţii vechi în conştiinţa oamenilor. Este firesc deci ca şi în domeniul relaţiilor intime dintre sexe să se facă resimţită această rămînere în urmă, cu atît mai mult, cu cît în procesul educativ complex nu se ţine seama totdeauna şi de particularităţile de vîrstă ale omului.

Curiozitatea legată de dorinţa copilului de a afla noul şi concretizată prin întrebările pe care le pune descoperă adesea un teren nepregătit ; de aici răspunsurile greşite, denaturate. Credem că nu greşim dacă recomandăm ca răspunsurile să fie scurte, clare, simple, adecvate vîrstei şi să izvorască din legile naturale ale vieţii.

Formarea personalităţii copilului depinde, în mare măsură, atît de atmosfera de armonie şi înţelegere dintre părinţi, cît şi de ţinuta acestora faţă de problemele sexuale. O formă necorespunzătoare şi obscenă de tratare a problemelor sexuale în familie indică lipsa simţului de răspundere din partea părinţilor. Martor al scenelor conjugale intime sau al unor discuţii deplasate, copilul şi le va întipări în minte, ele influenţînd negativ asupra profilului său moral.

Este fără sens, greşit şi nu serveşte educaţiei morale să se facă din problemele sexuale un mister. Apucăturile şi deprinderile înapoiate ale unora, care se manifestă în pragul căsătoriei sau mai tîrziu, se datoresc şi atitudinii greşite din partea educatorilor, care, sub masca tăcerii, încearcă să ocolească aceste probleme. Cu toţii sîntem de acord asupra importanţei pe care o are o concepţie sănătoasă privind relaţiile dintre sexe, privind căsătoria, familia şi viaţa conjugală.

Într-o vreme, sub presiunea religiei şi în speranţa că se va realiza o mascare a imoralităţii burgheze, în ţările capitaliste, se ajunsese la suprimarea educaţiei sexuale, aruncîndu-se astfel un văl asupra problemelor intime ale omului ; rezultatele ignoranţei n-au întîrziat să se mani-

feste, mai ales prin răspîndirea pe scară largă a bolilor venerice. Înfricoşaţi, teoreticienii burghezi au sărit la cealaltă extremă, şi anume la dezvăluirea problemelor sexuale în mod pornografic. Ca rezultat al acestui mod de a vedea lucrurile, s-a înlăturat astfel sentimentul natural de pudoare, care are un rol social deosebit şi care participă, din plin, la dobîndirea şi păstrarea calităţilor morale ale individului.

Cunoaşterea noţiunilor de bază asupra fiziologiei organelor genitale, igienei sexuale şi fenomenelor sexuale normale şi patologice contribuie la păstrarea sănătăţii, a armoniei conjugale familiale şi la prevenirea unor boli.

Cunoaşterea prealabilă de către tineri a transformărilor organismului care survin la pubertate reprezintă unul din mijloacele de atenuare a caracterului relativ brusc al proceselor pubertare. Îndrumarea lor la timp, orientarea lor pe făgaşul cel bun îi va ajuta pe adolescenţi să-şi învingă pornirile instinctuale şi, conştienţi, să aştepte încadrarea lor în normele vieţii sociale.

Normalitatea vieţii sexuale asigură plinul existenţei umane. Componentele sociale ale actului reproducerii la om sînt sentimentul dragostei şi cadrul său etico-moral. Familia, dragostea şi normele etice conferă specificul social-uman al relaţiilor sexuale, deosebindu-le net de cele proprii lumii animale.

Este ştiut că dereglările sexuale sînt de natură complexă şi dificil de abordat de către medic şi cu rezervă şi timiditate relatate de pacient sau de pacientă. De aceea, elaborarea diagnosticului şi tratamentului acestor stări patologice întîmpină dificultăţi, comparativ cu alte capitole ale patologiei. Acestea necesită din partea medicului o metodă de examinare specifică sexologiei şi cunoştinţe exacte, ştiinţifice, în acest domeniu. Tulburările sexuale — atît la bărbat, cît şi la femeie — au o importanţă nu numai medicală, dar şi una socială.

SEXUALIZAREA INDIVIDULUI

Definiţia sexului nu este de loc uşoară. Sexul individului este o rezultantă a proceselor de sexualizare din etapele : genetică, embriofetală, perinatală, pubertar-hormonală şi psihocomportamentală, care determină unidirecţionalizarea şi apariţia unor caractere specifice (feminine sau masculine).

Determinarea, în mod ştiinţific, a sexului necesită precizarea fiecărui nivel de sexualizare, care se edifică în timp, în etape care urmează o succesiune riguroasă.

În etapa genetică, în momentul fecundaţiei, se edifică sexul genetic cromozomial.

Etapa embriofetală are trei subetape, în care se formează sexul gonadic, sexul gonoforic şi sexul genital extern.

În etapa perinatală este indusă diferenţierea sexuală a sistemului nervos, după „modalitatea" feminină sau masculină.

În etapa pubertară, prin acţiunea hormonilor, se finalizează maturizarea somatică sexuală — sexul hormonal pubertar.

Şi, în sfîrşit, se adaugă sexul psihosocial comportamental, care se edifică prin acţiunea factorilor educaţionali, a obiceiurilor şi a experienţei trăite de individ, adică prin procesul de „învăţare".

Iată acum desfăşurarea procesului complex al sexualizării.

Sexul genetic (cromozomial). Sexualizarea individului începe din momentul fecundației și este determinată de combinația dintre cromozomii sexuali (heterocromozomii) (gonozomii) ai spermatozoidului și ai ovulului.

Celulele somatice ale organismului uman au o formulă cromozomială diploidă conținînd 46 de cromozomi (dispuși în perechi), dintre care 44 autozomi + 2 cromozomi sexuali, care pot fi asemănători XX (homogami) sau diferiți *XY* (heterogami).

Celulele sexuale mature, spermatozoidul și ovulul, datorită procesului de diviziune reducțională, conțin o formulă cromozomială haploidă, avînd 23 de cromozomi : ovulul matur conține 22 autozomi + 1 cromozom sexual *X* (22 + *X*) ; spermatozoidul conține 22 autozomi + 1 cromozom sexual *X* (22 + *X*) sau poate conține 22 autozomi + 1 cromozom sexual *Y* (22 + *Y*).

Un spermatozoid cu formula 22 + *X*, combinat cu un ovul (22 + *X*), duce, prin fecundație la formula cromozomială 44 + *XX* (46 *XX*), adică la cariotipul care definește sexul genetic feminin.

Dintr-un ovul matur (22 + *X*), combinat cu un spermatozoid cu formula 22 + *Y*, rezultă cariotipul 44 + *XY* (46 *XY*), care definește sexul genetic masculin.

După fecundare oul se divide ecuațional (mitotic), din celula-ou rezultînd două celule noi, fiecare avînd formula cromozomială completă diploidă, corespunzătoare sexului genetic. La rîndul ei fiecare celulă nouă trece prin aceeași diviziune ecuațională și astfel iau naștere în organism, în mod permanent celule cu formula cromozomială diploidă ; acest proces se perpetuează indefinit. Deci toate celulele somatice au formula cromozomială 44 + *XX* într-un organism femel și 44 + *XY* într-un organism mascul. Sexul genetic cromozomial își pune amprenta sexualizării lui masculine sau feminine asupra fiecărei celule.

Toate caracterele ereditare ale individului sînt conținute de cromozomi. Cromozomii sînt dispuși în perechi. Primele 22 de perechi (autozomii) determină caracterele diferitelor elemente ale corpului uman. A 23-a pereche, aceea a cromozomilor sexuali (gonozomii) diferă după

sex, femeia posedînd perechea *XX*, iar bărbatul perechea *XY*.

Progresele recente ale geneticii umane au stabilit rolul cromozomilor sexuali în diferențierea sexuală.

Cromozomul sexual *X* este prezent atît în cariotipul caracteristic femelei *(XX)*, cît și în cel caracteristic masculului *(XY)*. S-a stabilit că oul lipsit de cromozomi sexuali *(44—00)* nu este viabil ; de asemenea, nu este viabil nici oul lipsit de cel puțin un gonozom *X* (45 *Y*). Oul cu un singur gonozom *X* (44+*XO*) este viabil, dar edifică un organism lipsit de gonade. Numai cuplul *XX* asigură formarea sexului gonadic feminin, a ovarelor. Gonozomul *Y* din cuplul *XY* decide dominanța elementelor masculine și formarea testiculelor. Este deci orhigenetic. Aceasta se pare că este în exclusivitate rolul lui.

Deci determinarea sexului genetic este în funcție de cromozomul *X* sau *Y*, pe care îl posedă spermatozoidul „ales" să fecundeze ovulul.

Se pot deosebi spermatozoizii care posedă cromozomul *Y* de cei care posedă cromozomul *X* ? Da. Se știe că cromozomul Y este mai mic decît cromozomul *X*. Era de așteptat că această diferență să influențeze talia și capul spermatozoizilor.

Landrum Shettles, în 1961, a avut ideea să examineze spermatozoizii vii la microscop în contrast de fază și a observat că ei se repartizează în două grupe distincte : unii mici cu capul rotund, care posedă cromozomul Y (androspermatozoizi) și alții mai mari cu capul alungit, care posedă cromozomul *X* (ginospermatozoizi). Androspermatozoizii în lichidul seminal sînt aproape de două ori mai numeroși decît ginospermatozoizii, în schimb ei sînt mai vulnerabili în mediul acid vaginal.

Shettles a studiat la microscop motilitatea spermatozoizilor din lichidul seminal, plasați în condiții de mediu cu pH diferit și a constatat că în secreții cu pH acid, ginospermatozoizii aveau un avans față de androspermatozoizi. Secrețiile alcaline favorizează motilitatea ambelor categorii de spermatozoizi și cresc șansele fecundației, dar androspermatozoizii, care sînt mai mici și cu coada mai lungă, sînt favorizați prin viteză și agilitate.

Era ştiut că secreţiile vaginale sînt în general acide, iar cele ale colului uterin, alcaline (alcalinitatea creşte pe măsură ce se apropie ovulaţia).

Pe baza constatărilor amintite, Shettles deduce că data raporturilor sexuale, în raport cu faza ciclului menstrual (ovulaţia), are o importanţă capitală în determinarea sexului cromozomial. Astfel, dacă actul sexual are loc în momentul sau foarte apropiat de momentul ovulaţiei, cînd secreţiile sînt cele mai alcaline, aceasta duce la concepţia unui băiat. Dimpotrivă, dacă actul sexual se produce cu 2—3 zile înaintea ovulaţiei, cînd secreţiile acide sînt încă dominante, aceasta duce la concepţia unei fete. Explicaţia ar fi că spermatozoizii care posedă cromozomi *X* pot supravieţui 2—3 zile în mediu acid, în timp ce durata de viaţă a androspermatozoizilor depăşeşte rar 24 de ore.

Autorul citat, pe baza acestor constatări, dă chiar unele indicaţii privind data raporturilor sexuale în raport cu ziua ovulaţiei şi recomandă administrarea în vagin imediat precoital a unor soluţii alcaline sau acide, în funcţie de dorinţa de a se concepe un băiat sau o fată.

Sexul gonadic. Din a 37-a zi, dintr-o formaţiune a embrionului, denumită corpul Wolff, ia naştere epiteliul germinativ, ale cărui celule prin proliferare dau creasta genitală, care se dezvoltă, se pediculează şi formează gonada primordială sau progonada, care reprezintă o structură sexuală mixtă, ambosexuală. Între a 46-a şi a 56-a zi de evoluţie embrionară, progonada evoluează spre o gonadă unisexuată (testicul sau ovar). Deci la sfîrşitul acestei perioade, în a 56-a zi, embrionul devine posesorul unui sex gonadic bine definit (testiculi sau ovare).

Factorii care determină apariţia structurilor gonadice sînt înscrişi în sexul genetic. Pentru ca oul să fie viabil şi să evolueze sînt necesari 44 autozomi + 1 cromozom sexual *X*. Această structură cromozomială este necesară pentru formarea progonadei, care este ambosexuală, dar cu o bipotenţialitate evolutivă, fie către testicul fie către ovar. Pentru ca progonada să se menţină şi să evolueze către o gonadă unisexuată este necesară o formulă cromozomială completă : 44 +*XX* pentru formarea ovarului, sau 44 + *XY* pentru formarea testicului. Pentru geneza

gonadelor este necesară atît participarea cromozomilor sexuali, cît şi a autozomilor.

Cromozomul sexual *Y* din cuplul *XY* este orhigenetic. Prezenţa lui alături de cromozomul *X*, în cuplul *XY*, induce formarea de testiculi normali. În prezenţa cromozomului *Y*, indiferent de numărul cromozomilor *X*, se organizează ţesut testicular a cărui competenţă de masculinizare a organismului suferă atenuări în funcţie de gradul poligonozomiei *X*.

Faptul că un gonozom *X* este necesar formării unui organism viabil demonstrează că el conţine gene morfogenetice şi funcţionale esenţiale pentru edificarea fenotipului. Un singur gonozom *X* alături de cei 44 autozomi participă şi garantează edificarea fenotipului şi chiar un grad de sexualizare (după tipare feminine), dar sînt necesari 2 gonozomi *X* pentru a asigura gonadogeneza şi gametogeneza, adică realizarea deplină a procesului de sexualizare feminin. Deci genele conţinute de un singur gonozom *X* nu sînt suficiente pentru a forma ovarul, pentru aceasta fiind necesare şi genele ovarogenetice ale celui de al 2-lea gonozom *X*. Gonozomul *Y*, orhigenetic, nu pare să poarte alte gene în afară de cele masculinizante. El are rol în determinarea sexuală masculină a unui organism edificat de totalitatea autozomilor şi de un gonozom *X*. Gonozomul *Y* deţine o mare forţă masculinizantă, multiplu asigurată de-a lungul *Y*-ului, astfel încît un mic fragment din el poate masculiniza fenotipul la fel de bine ca întregul gonozom *Y* sau chiar cît 4 gonozomi *Y*.

Un gonozom *X* în plus pe lîngă cuplul *XX* sau un gonozom *Y* în plus pe lîngă cuplul *XY*, nu schimbă sexul gonadic şi nu aduce nici un beneficiu procesului de sexualizare, dimpotrivă de cele mai multe ori îl dezavantajează. Un gonozom *X* în plus pe lîngă cuplul *XY*, nu schimbă sexul gonadic, orhigeneza, dar testicului care rezultă nu realizează gametogeneza.

Sexul gonoforic intern. O dată cu gonada primordială (progonada) începe şi dezvoltarea tractului genital intern din canalele Wolff şi Müller, care apar şi se dezvoltă simultan. Aceste structuri, gonoforiile interne, după ce parcurg o fază ambosexuală pînă în a 57-a zi, evoluează apoi către un sex unic (masculin sau feminin), în mod

normal în concordanță cu sexul gonadei. Astfel, la femeie, tractul genital intern se dezvoltă din canalele Müller, în timp ce canalele Wolff se atrofiază și apoi dispar. Din porțiunile craniene ale canalelor Müller se formează pavilioanele trompelor și cele două trompe, iar din segmentele inferioare ale celor două canale, care se apropie și apoi se alipesc (ulterior se resoarbe membrana despărțitoare), se formează uterul și vaginul.

La sexul masculin, tractul genital intern se dezvoltă din canalele Wolff, iar canalele Müller se atrofiază și dispar apoi complet. Din porțiunea canalului Wolff situată în dreptul testiculului ia naștere epididimul, din porțiunea caudală a lui se formează canalul deferent, iar din ultima porțiune se formează canalul ejaculator. Veziculele seminale apar ca niște muguri ai canalului ejaculator.

Dezvoltarea tractului genital intern feminin sau masculin, adică diferențierea sexuală a tractului genital este completă la sfîrșitul lunii a 3-a, cînd nu mai poate fi modificată de factori fetali sau materni. Din acest moment, embrionul posedă și un sex gonoforic intern, în concordanță cu cel gonadic.

Sexul genital extern. Începînd din luna a 2-a, la nivelul zonei genitale a embrionului apar trei muguri : unul median și anterior (tuberculul genital) și doi laterali simetrici (plicele genitale sau mugurii genitali). Pînă la începutul lunii a 3-a, acești muguri genitali se dezvoltă identic, indiferent de sex, deși pînă la această dată gonada și tractul genital intern sînt unisexuate. Începînd cu luna a 3-a aceștia evoluează diferit în funcție de sex. La sexul masculin, tuberculul genital se alungește și formează penisul cu glandul. Șanțul uretral prin sudarea progresivă a marginilor se unește complet și formează uretra. Cei doi muguri genitali laterali cresc și se reunesc pe linia mediană formînd bursele.

La femeie, tuberculul genital se dezvoltă mult mai puțin decît la mascul și dă naștere clitorisului, iar din mugurii laterali, plicele genitale, se formează labiile mari și mici, vulva.

Deci începînd din luna a 3-a și pînă la finele lunii a 5-a se edifică complet sexul genital extern al embrionului. Acest sex al organelor genitale externe la nașterea copilului, va fi și sexul legal, cel care este înregistrat la starea civilă. Din punct de vedere legal nu există un statut după care să se definească sexul, ci acesta, este cel care corespunde sexului genital extern (masculin sau feminin).

Rolul gonadei embrionare în procesul de formare a organelor genitale interne și externe a fost elucidat de Jost și de Raynaud și Frylley, care au dovedit că distrugerea precoce a gonadei, înainte de a deveni unisexuată, adică în stadiul de progonadă, determină formarea de organe genitale interne și externe de tip feminin, indiferent de sexul genetic (masculin sau feminin). Embrionul castrat precoce se dezvoltă în sens feminin pasiv. Deci ovarul embrionar nu este absolut necesar pentru edificarea feminină a organelor genitale interne și externe ; ca dovadă, în sindromul Turner cu cariotipul 44 + *XO*, fără ovare, se dezvoltă invariabil, tract genital intern și extern feminin și sexualizarea hipotalamo-hipofizară după „modalitatea" feminină (Pitiș Marcela).

Pentru formarea tractului genital masculin este absolut necesară prezența testiculilor ; ca dovadă este faptul că, îndepărtarea testicului, imediat după formarea lui, duce la un fenotip sexualizat după tipul feminin, ceea ce denotă că gonozomul Y acționează numai la nivelul testicului și numai prin acesta. Testiculul embrionar își exercită rolul masculinizant al tractului genital, prin eliberarea a două principii : principiul „antimüllerian" secretat de structurile tubulare, care masculinizează tractul genital intern și principiul „virilizant" eliberat de către celulele Leydig ale testicului embrionar, care masculinizează organele genitale externe (Jost, 1953). Deci sexualizarea organelor genitale în sens masculin necesită prezența testicului și se face activ prin principiile masculinizante, care domină și învinge tendința evolutivă pasivă, în sens feminin.

Între lunile a 5-a și a 6-a testiculul începe migrarea din abdomen, în luna a 7-a se angajează în canalul inghinal, iar la finele lunii a 8-a apare în punga scrotală.

Ovarul nu prezintă o coborîre propriu-zisă, ci mai degrabă o basculare a lui spre bazin. În ovar, primii foliculi de Graaf apar la jumătatea vieții embrionare odată cu luteinizarea (Saurano, Fraenkel, Potter).

Testiculul embrionar își încetează activitatea secretorie înainte de naștere, cînd celulele Leydig embrionare diminuă numeric.

Diferențierea sexuală a sistemului nervos se produce în etapa perinatală și constă din înscrierea, programarea unei funcții ciclice hipotalamo-hipofizare privind secreția de LH la femeie după „modalitatea" feminină, ceea ce îi conferă posibilitatea de a avea loc ovulația și formarea corpului galben.

Lipsa acestei funcții ciclice secretorii de LH sub acțiunea testosteronului induce „modalitatea" masculină.

În această etapă, la sexualizarea hipotalamo-hipofizară, se adaugă și programarea în centrii hipotalamici a comportamentului sexual de tip masculin sau feminin.

Este știut că centrii nervoși hipotalamici care reglează eliberarea de gonadotropi, sînt diferiți de cei care reglează comportamentul sexual (centrii motivației sexuale) ; nu există decît o suprapunere parțială a lor.

Determinismul sexualizării nervoase a fost în parte clarificat prin experiențe interesante efectuate pe animale, de către mai mulți cercetători (Pfeiffer, Kikuyama, Harris, Neuman, Barracluogh), care au arătat că șobolanul femel castrat în perioada neonatală își păstrează ciclicitatea gonadotropă după „modalitatea" feminină, iar șobolanul mascul castrat în perioada imediat postnatală (în primele 3 zile) se comportă la fel, după „modalitatea" feminină. Transplante ovariene grefate la aceste animale, în perioada adultă, dezvoltă foliculi și corpi galbeni. De asemenea, dacă șobolanilor masculi necastrați li se administrează o substanță antiandrogenică (cyproteron) în perioada imediat postnatală, se observă că ei dobîndesc un comportament sexual net de tip femel.

Deci „modalitatea" feminină, privind sexualizarea hipotalamo-hipofizară, este înnăscută, programată genetic, indiferent de sexul genetic, gonadic sau gonoforic, și este identică cu cea a femelei adulte.

„Modalitatea" masculină, caracterizată prin pierderea ciclicității secreției de LH, este dobîndită, prin prezența și acțiunea de timpuriu (0—5 zile) a testosteronului, indiferent de sexul genetic, gonadic sau gonoforic. Verificarea experimentală a acestui fenomen s-a făcut prin grefa de testicul la șobolanul femel, imediat post-natal, sau prin injectarea de testosteron la șobolanul femel, după care în perioada adultă au intrat într-o stare continuă de estru (fără formare de corp galben).

Masculinizarea experimentală este condiționată de doza de testosteron și de momentul administrării. Perioada de maximă susceptibilitate, momentul critic, se situează între vîrsta de 0—5 zile ; la 10 zile numai 1/2 din femelele tratate se masculinizează ; iar la 20 de zile, efectul de masculinizare nervoasă este nul.

Este interesant că rezultate similare au fost raportate și după administrarea altor steroizi : progesteron, DOCA, steroizi anabolizanți și colesterol și chiar estrogeni (Gorski, Jakobson, Thellier).

Masculinizarea nervoasă, o dată realizată devine definitivă. Am insistat asupra acestei etape de sexualizare, deoarece datele experimentale (deși pe animale) pledează pentru o sexualizare neuropsihică intrinsecă, care apare de timpuriu, perinatal, și care ulterior se va desăvîrși, direcționa, în cadrul comportamentului sexual al adultului.

La un subiect adult pe baza explorării ritmului secreției de LH se poate argumenta obiectiv, sensul sexualizării hipotalamo-gonadotrope. Acest rezultat combinat cu un examen psihologic ajută la stabilirea sensului sexualizării neuropsihice, comportamentale.

Sexul hormonal pubertar. Etapa pubertară (13—16 ani) este marcată de apariția primului ciclu menstrual, la fete, și a primului ejaculat, la băieți.

Maturizarea sexuală pubertară, presupune maturarea gonadelor, producerea de elemente germinale (ovul sau spermatozoid) și inundarea organismului cu hormoni sexuali cu o imensă predominanță (în funcție de sex) a androgenilor pentru sexul masculin și a estrogenilor pentru sexul feminin.

Impregnarea hormonală a organismului determină apariția caracterelor sexuale secundare specifice fiecărui sex (talia, conformația bazinului, sistemul muscular, dispoziția pilozității și a țesutului adipos, glandele mamare, vocea etc.) (vezi tabelul I).

Tabelul I

Caracterele sexuale secundare

Bărbatul	*Femeia*
Mai înalt, mai solid	Mai scundă, mai subțire
Sistemele osos și muscular dezvoltate	Sistemele osos și muscular gracile, delicate
Adipozitate mai redusă și dispusă în jumătatea superioară a corpului	Adipozitate mai abundentă și dispusă în jumătatea inferioară a corpului
Părul capului scurt, inserție frontală cu intrînduri temporale	Părul capului lung și persistent, inserție frontală după o linie concavă în jos
Barbă, mustăți	Tegumentele feței fără păr (glabre)
Gură largă	Gura îngustă
Laringe dezvoltat cu „mărul lui Adam“	Laringe puțin dezvoltat : lipsește „mărul lui Adam“
Umeri largi	Umeri înguști
Bazinul îngust	Bazinul larg
Sîni rudimentari	Sîni dezvoltați, cu mameloane proeminente
Pilozitate sternală	Lipsa pilozității sternale
Pilozitate pe linia albă	Lipsa pilozității pe linia albă
Pilozitate pubiană rombică	Pilozitate pubiană triunghiulară, cu baza în sus și vîrful în jos
Fese pătrate, contractate	Fese rotunde dezvoltate
Coapse musculoase depărtate	Coapse adipoase, rotunjite și apropiate
Genunchi mari	Genunchi mai mici
Glezne groase și picioare mari	Glezne fine și picioare mici
Pielea groasă și aspră	Pielea fină și catifelată
Curbura lombară lină	Curbura lombară pronunțată

Se finalizează astfel un fenomen început din momentul fecundației, realizîndu-se modelul de sexualizare, caracteristic speciei umane.

Sexul psihosocial — comportamental. După declararea sexului civil sau legal (apreciat exclusiv după sexul genital extern) — pe baza componentei înnăscute a comportamentului sexual (sexualizarea neuropsihică, perinatală) și prin acțiunea educației, a mediului social și a experienței personale se stabilesc intensitatea și direcționarea comportamentului sexual, către sexul opus.

După Wilkins, comportamentul sexual „se construiește ca și limba natală, datorită experiențelor efectuate și integrate de-a lungul vieții, al educației primite“.

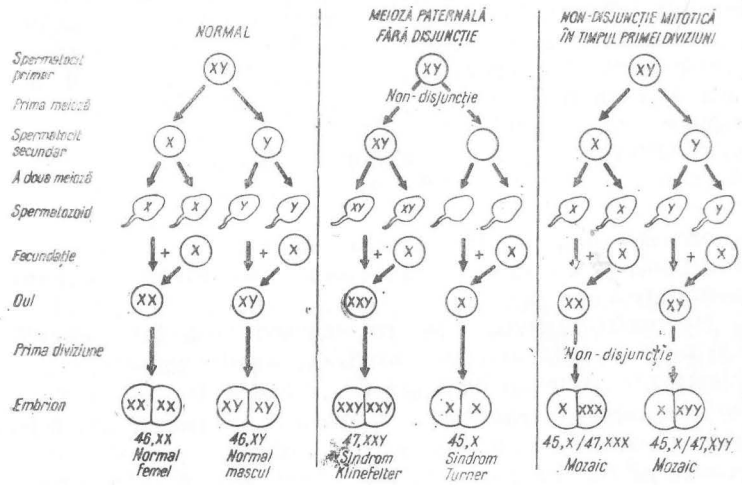


Fig. 1. — Spermatogeneza normală și mecanismele producerii intersexualității cromozomiale. Non-disjuncția meiotică paternală și non-disjuncția mitotică în cursul primei diviziuni a oului.

Masculinitatea și feminitatea indivizilor respectivi nu este totală, deoarece la fiecare sex se găsesc elemente de ordin morfologic, fiziologic, hormonal și psihoafectiv ale sexului opus, într-un grad de intensitate variabilă de la minimum pînă la semnificativ.

*

După această expunere a procesului de sexualizare la diferite niveluri și în etapele lui succesive, se înțelege că în mod normal există un consens al acestor sexe, feminin sau masculin, dar în mod patologic există și posibilitatea

unei discordanţe între diferitele etape de sexualizare sau în cadrul unei etape. Astfel o perturbare în dezvoltarea embrionară, care survine înainte de a 45-a zi, poate avea ca rezultat ca sexul gonadic să nu corespundă sexului genetic cromozomial. De asemenea, o leziune survenită după a 50-a zi a vieţii embrionare poate avea ca rezultat apariţia de anomalii ale organelor genitale interne şi externe.

Discordanţa între diferitele elemente definitorii ale sexului determină cea mai mare parte a intersexualităţilor.

Anomaliile în constituirea sexului cromozomial antrenează vicii de conformaţie a gonadelor (testiculi sau ovare) şi anomalii ale organelor genitale. În această categorie intră sindromul Turner (45 *XO*), *sindromul* Klinefelter (47 *XXY*), sindromul de superfemelă (47 *XXX*) (denumirea nu corespunde cu realitatea, deoarece aceste femei au ovare minuscule, tract genital infantil, sînt amenoreice şi prezintă deficit intelectual). În toate aceste sindroame aberaţia cromozomială se produce în momentul fecundaţiei.

Hermafroditismul adevărat reprezintă o intersexualitate ambivalentă în care individul posedă gonade de sex diferit, care secretă hormoni de sex diferit.

Pseudohermafroditismul reprezintă o discordanţă între sexul genetic şi gonadic, pe de o parte, şi sexul genital extern, pe de altă parte. În alte cazuri pot să apară numai anomalii în dezvoltarea organelor genitale interne şi (sau) externe.

COPILĂRIA

Perioada vieţii de la naştere şi pînă la apariţia pubertăţii este considerată vîrsta copilăriei.

Omul se caracterizează printr-o lungă perioadă a copilăriei, a prematurităţii lui sexuale.

Pînă la instalarea pubertăţii, în afara unor deosebiri de ordin fizic şi psihic (fetiţele au sistemele osos şi muscular mai gracile, băieţii sînt mai dinamici), deosebirea esenţială dintre cele două sexe o constituie organele genitale. Organele genitale ale copilului au caracter infantil, fiind nedezvoltate şi lipsite de funcţii sexuale. Prin contrast cu modificările corporale însemnate din cadrul procesului de creştere generală, gonadele sînt într-o stare de linişte pînă la pubertate.

Morfohistologic, în testiculul fetal există numeroase celule Leydig active, care secretă hormoni androgeni necesari dezvoltării tractului genital; imediat după naştere, aceste celule degenerează şi dispar, reapărînd la pubertate o nouă generaţie de celule Leydig. De la naştere şi pînă la vîrsta de 4 ani, ţesutul interstiţial conţine elemente conjunctive, fibroblaşti, bazofile migratoare, elemente reticulate şi celule mezenchimale, din care vor deriva celulele Leydig. În tubii seminali, care se prezintă ca nişte cordoane fără lumene, cu celule mici grupate spre centru în „sinciţiul germinal", se semnalează prezenţa spermatogoniilor voluminoase situate pe membrana bazală. Lipsesc mitozele şi celulele Sertoli. Între vîrsta de 4 şi 8 ani, perioada numită de Pende „mica pubertate",

apar îndeosebi modificări ale tubilor seminali. În tubii care cresc, începe să se contureze un mic lumen ; ei devin sinuoși și conțin frecvente celule mari, de tipul spermatogoniilor. Celulele Sertoli lipsesc, iar țesutul interstițial conține elemente asemănătoare fibroblaștilor și este mai puțin abundent.

Din punct de vedere hormonal, în sîngele și urina nou-născuților se află cantități măsurabile de 17-cetosteroizi, care însă dispar din primele zile. În primul an de viață, 17-cetosteroizii urinari sînt practic absenți, iar între 5 și 8 ani ei devin dozabili, cu valori între 0,8 și 5,2 mg/24 de ore. Între 9 și 11 ani, se constată o creștere progresivă a 17-cetosteroizilor, cu valori care oscilează între 2,9 și 6,1 mg/24 de ore (în medie 5,6 mg). Gonadotrofinele urinare sînt absente în urină la copii.

Conștiința apartenenței la un sex, adică sexul psihologic, se stabilește de timpuriu, la 2 ani (18—30 de luni), după Wyk [1], Völkel [2].

Prezența unor manifestări sexuale la vîrsta copilăriei, ca și interpretarea lor reprezintă o problemă care a fost mult discutată. La copii, se poate întîlni erecția (chiar din prima săptămînă după naștere) ; dar la această vîrstă nu are o semnificație sexuală, ci este provocată de excitanți nespecifici și variați. Astfel, un așternut prea moale sau prea cald, îmbrăcămintea prea strîmtă, cantități mari de lichide ingerate seara sînt factori care produc erecții reflexe genitale nespecifice și care nu au un caracter sexual adevărat. Aceste erecții nu sînt însoțite de senzații sexuale, deoarece acestea lipsesc la această vîrstă.

Orgasmul se poate întîlni accidental la copii (de la vîrsta de 5 luni pînă la pubertate) și se manifestă prin mișcări ritmice ale corpului, zvîcnituri ale penisului, tensiune finală musculară, care cedează subit prin convulsii și contracții ritmice anale, însoțite sau nu de transpirație. Ejacularea nu este posibilă pînă la pubertate, deoarece lipsesc secrețiile glandelor anexe. Aceste elemente

[1] În : Textbook of Endocrinology, Williams R. (ed.), W. B. Saunders Co., Londra-Philadelphia-Toronto, 1968.

[2] *Psychiat, neurol., Wschr.*, 145, 257, 1963.

parțiale și disparate ale răspunsului sexual pot apărea înainte de pubertate, precum și la adult, în afara unui comportament sexual propriu-zis (Beach, 1967).

Mai frecvent, la copii între 2 și 5 ani (Kinsey) și după această vîrstă, îndeosebi între 8 și 13 ani, apar jocurile sexuale, care constau în exhibiția organelor genitale, observarea și explorarea lor la alți copii, manevrări manuale etc. Jocurile sexuale incitate de curiozitatea copilului, sînt lipsite de un conținut erotic, chiar dacă sînt însoțite de erecții sau orgasm. Erotismul propriu-zis lipsește la vîrsta copilăriei ; este vorba mai curînd de tendințe afective difuze și nelegate de sex. Tendința întîlnită la unii copii de a-și expune organele genitale (exhibiționism) ține mai mult de influențele mediului ambiant și de carențe privind educația familială. Părinții trebuie să-și educe copiii încă din primii ani cu sentimentul pudorii.

Asupra semnificației acestor jocuri sexuale s-au emis unele teorii, ca aceea a rolului predeterminant al copilăriei, cu fazele ei de sexualitate infantilă (bucală, anală și genitală), teorii pansexualiste, care încearcă să explice totul prin rolul impulsului sexual.

Semnificația reală a acestor jocuri sexuale este aceea că ele reprezintă reacții reflexe genitale la excitanți fizici diverși, nespecifici și întîmplători.

Din punct de vedere educativ, părinții sau cei din jur nu trebuie să se sperie de aceste reacții, să le acorde vreo valoare sau să dea ordine, trecînd la interdicții brutale, deoarece în felul acesta concentrează și mai mult atenția copilului asupra organelor genitale, creînd un teren favorabil acestor manifestări. Cu răbdare și calm, atenția copiilor va fi dirijată către alte preocupări.

O dată cu mîngîierea și tandrețea părintească, părinții trebuie să fie atenți la frămîntările și preocupările copilului. La vîrsta preșcolară apar primele întrebări care preocupă mintea copiilor și acestea sînt de obicei în legătură cu două fenomene : cum vine copilul pe lume ? de ce se deosebește fata de băiat ? Aceste întrebări izvorăsc la copil dintr-un spirit de cercetare, de cunoaștere, în legătură cu fenomenele din jur ; întrebările lui au un caracter firesc. Cu toate acestea, mulți părinți ocolesc un

răspuns și țin în secret față de copii problema importantă a nașterii unei noi ființe umane. Nu numai tăcerea sau inventarea unor povești nu-și au rostul, dar însăși reacția părinților la astfel de întrebări trebuie să fie controlată. Mirarea sau încurcătura părinților la auzul acestor întrebări sensibilizează, fixează atenția și incită și mai mult curiozitatea copilului. De aceea, o explicație simplă care să țină seama de legile naturale biologice este binevenită și mulțumește pe copil. Nu este nimic deplasat dacă i se spune copilului că ființa nouă apare și crește în organismul matern. În general, este bine ca răspunsurile să le dea părintele care a fost întrebat. Este recomandabil să se evite explicațiile greoaie, complexe, pe care copilul nu le înțelege.

Apariția rolului școlii și al colectivului în procesul de educație nu trebuie să diminueze activitatea de educare depusă de părinți. Makarenko, care s-a preocupat de problema autorității părinților ca educatori, ajunge la concluzia că la baza acesteia stau modul lor propriu de comportare și conștiința lor cetățenească.

PUBERTATEA

Pubertatea este perioada de dezvoltare a organismului care face tranziția între copilărie și vîrsta adultă. Puberul nu mai este copil, dar nu este încă nici adult. Trecerea de la copilărie la adolescență este un proces complex, care se produce treptat, existînd un paralelism între creșterea și maturarea diferitelor aparate și sisteme ale organismului, care, în final, duc la o dezvoltare armonioasă, la cîștigarea trăsăturilor adultului, specifice fiecărui sex.

În perioada pubertară se produc modificări profunde ale întregului organism privind dezvoltarea somatică, maturizarea sexuală și dezvoltarea neuropsihică.

Așa cum remarcă Zeller, pubertatea este încoronarea unei evoluții lente a organismului, drum obositor spre maturizare.

Vîrsta debutului pubertății prezintă mari variații individuale, familiale, rasiale și este influențată de climat, luminozitate și de factori sociali-economici.

Climatul rece întîrzie apariția pubertății cu 2—3 ani, iar climatul cald o precipită ; astfel, în India fata este considerată puberă la vîrsta de 8—9 ani. În mediul urban, pubertatea apare, la ambele sexe, mai devreme decît în mediul rural.

Din considerentele de mai sus reiese că data apariției pubertății este diferit apreciată de autori, care o situează între 10 și 17 ani.

În țara noastră, debutul pubertății propriu-zise la fete (marcată de venirea primei menstre) se situează în mediul

urban la o medie de vîrstă de 13,26 (± 0,01) ani, iar ca limite de vîrstă între 11 și 14 ani (luînd în considerație repartiția procentuală a seriilor studiate), și de 14,15 (± 0,01) ani în mediul rural, ca limite de vîrstă fiind între 12 și 15 ani (după studiile efectuate de Maria Cristescu *).

În mediul urban, la noi în țară, pubertatea la fete se instalează în medie cu un an mai devreme decît în mediul rural. De semnalat că după statistica autoarei, vîrsta medie pubertară cea mai mică este în orașul București (12,71 ani) și cea mai tardivă, în seria rurală din culoarul Bran (14,51 ani), existînd o diferență în medie de 1 an și 10 luni.

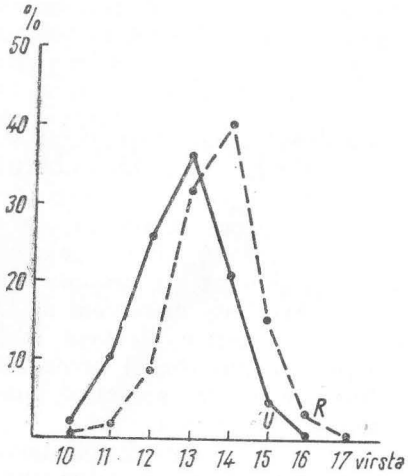


Fig. 2. — Repartiția procentuală a fetelor în funcție de vîrsta primei menstruații (după Maria Cristescu). — grupa urbană; —— grupa rurală.

Vîrsta medie pubertară la băieți, pentru mediul urban, este de 15 ani și 4 luni, în timp ce pentru mediul rural este de 16 ani și 3 luni. Vîrsta medie pubertară cea mai mică pentru băieți este înregistrată în București (14,8 ani) și în Brașov (14,98 ani), iar cea mai mare, pentru seriile rurale studiate în jud. Suceava (16,61 ani) și jud. Iași (16,68 ani).

Aceste cifre nu au un caracter absolut, deoarece în studiile statistice efectuate pe serii de băieți nu s-a putut stabili direct debutul pubertății prin apariția primelor polurii, ci pe baza unor semne indirecte.

Din prezentarea sumară a acestor date statistice se degajează importanța complexului de factori definiți sub

*) *Maria Cristescu* — Aspecte ale creșterii și dezvoltării adolescenților din R. S. R., Ed. Acad. R. S. R., București, 1969.

termenul de urbanizare (tipul de alimentație, igiena, solicitările nervoase), care influențează maturizarea sexuală atît la fete, cît și la băieți.

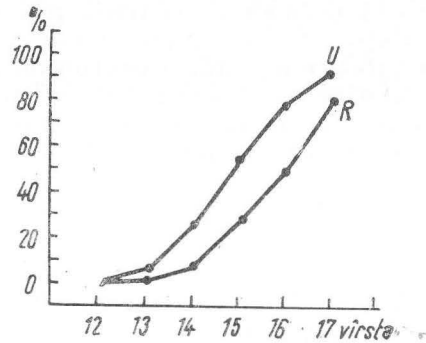


Fig. 3. — Repartiția procentuală a băieților puberi din grupele urbană și rurală, pe clase de vîrstă (după Maria Cristescu).

EVOLUȚIA PERIOADEI PUBERTARE

Evoluția perioadei pubertare se întinde pe o perioadă de timp care în medie durează 4—5 ani. Acestei perioade i se disting trei etape :

I. *Etapa prepubertară (prepubertatea)* începe la vîrsta de 10 ani la fată și de 12 ani la băiat, fiind dominată de secreția de hormon somatotrop (STH), care stimulează creșterea generală a organismului și determină saltul statural prepubertar. De asemenea, în această etapă prepubertară începe secreția de hormoni ovarieni și testiculari.

II. *Etapa pubertară (pubertatea propriu-zisă)* apare la vîrstele citate mai sus, fiind dominată de procesele de maturare sexuală, ca urmare a creșterii secreției de hormoni gonadotropi și sexuali. Se produce o dezvoltare morfologică și funcțională a organelor genitale, astfel că, după o perioadă de acumulări cantitative, are loc saltul

calitativ, adică apariția primului ciclu menstrual la fete și a primului ejaculat, sub formă de poluții, la băieți.

III. *Etapa postpubertară (adolescența)* durează de la apariția pubertății și pînă la închiderea cartilajelor de creștere, ceea ce coincide și cu ivirea molarului al 3-lea. În această etapă se desăvîrșește maturarea sexuală și îndeosebi se produce maturarea neuropsihică. Etapa postpubertară este dominată hormonal de secreția hormonilor tiroidieni, care intervin în procesele de creștere și diferențiere tisulară a organismului.

★

Există deci, în cursul pubertății, cu cele trei etape (prebubertară, pubertară, adolescența), o intricare a trei fenomene deosebite, care au o intensitate inegală în aceste trei etape, și anume :

1. Creșterea organismului (mai intensă în timpul pubertății) și modelarea proporțiilor corporale (prezentă îndeosebi în etapele pubertară și postpubertară).

2. Maturarea sexuală (organele genitale își încep dezvoltarea în timpul prepubertății, se dezvoltă intens la pubertate, procesul se desăvîrșește în timpul adolescenței).

3. Maturarea neuropsihică (în perioada adolescenței).

Între aceste procese majore — creșterea, sexualizarea și începutul maturării neuropsihice — există o interdependență și o influență reciprocă. Pentru claritatea expunerii însă, le vom prezenta separat.

1. CREȘTEREA ȘI MODELAREA ORGANISMULUI

În perioada prepubertară, adică în jurul vîrstei de 10 ani la fete și 12 ani la băieți, se produce o accelerare a creșterii staturale.

Astfel la fete, între $10^1/_2$ și 13 ani, ritmul creșterii este accelerat, cu vîrful vitezei în medie de 8,4 cm pe an, aceasta fiind perioada de creștere maximă ; ulterior ritmul creșterii diminuează, pentru ca apoi după 14—15 ani

creșterea să fie și mai înceată, ajungîndu-se la atingerea staturii definitive în jurul vîrstei de 16—17 ani.

La băieți, creșterea maximă se situează între $12^1/_2$ —15 ani, cu vîrful vitezei în medie de 9,4 cm pe an. După 15 ani ritmul creșterii scade, între 16 și 17 ani diminuează și mai mult, apoi creșterea se încetinește pînă la 19—20 de ani, vîrstă la care se definitivează statura prin închiderea completă a cartilajelor de creștere.

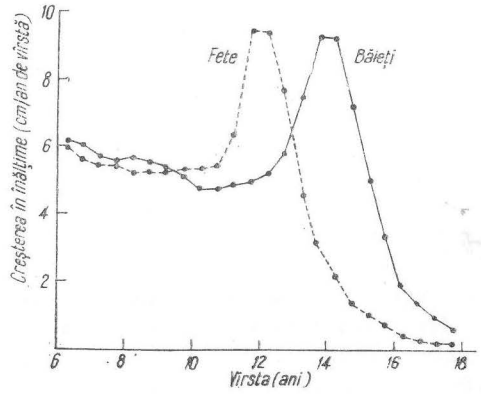


*Fig. 4. — **Saltul** statural pre- și intrapubertar* (după Tanner J. M., 1962).

Creșterea în lungime precedă cu 1—$1^1/_2$ ani creșterea în greutate. Pînă la vîrsta de 13—14 ani, fetele sînt mai înalte și au greutatea mai mare față de băieții de aceeași vîrstă ; între 14 și 15 ani diferențele se reduc, iar de la 16 ani băieții depășesc fetele de aceeași vîrstă atît în înălțime, cît și în greutate.

O dată cu creșterea staturo-ponderală se produce și o modelare a proporțiilor corporale, atingînd treptat configurația adultului. La începutul pubertății se produce o alungire a membrelor inferioare, care predomină în raportul dintre lungimea trunchiului și cea a membrelor. De la 12 ani, la fete, și de la 14 ani, la băieți, creșterea în lungime a membrelor inferioare începe să diminueze. iar creșterea trunchiului continuă. Din aceeași perioadă începe să predomine creșterea laterală față de cea liniară.

Apar unele diferenţe între sexe : astfel, scheletul este mai viguros la băiat, cu proeminenţele osoase mai reliefate, diametrul biacromial (distanţa dintre umeri) este mai mare, pe cînd la fete predomină diametrul bitrohanterian (distanţa dintre şolduri).

Din cauza lărgirii bazinului la fete, genunchii sînt apropiaţi şi coapsele fără spaţiu între ele, pe cînd la băieţi genunchii sînt uşor depărtaţi, existînd un spaţiu între coapse.

Dezvoltarea musculaturii este mai puternică la băiat, iar depunerea de grăsime este mai accentuată la fete, avînd totodată şi o topografie caracteristică : piept, abdomen, şolduri, coapse. Depunerile adipoase la nivelul coapselor contribuie la crearea aspectului caracteristic al membrelor inferioare la fete — cu coapsele apropiate, fără spaţiu între ele.

Curbura coloanei lombare începe să fie evidentă la fete.

În ceea ce priveşte dezvoltarea unor aparate şi sisteme, dezvoltarea inimii nu este concordantă, la pubertate, cu dezvoltarea corporală. În timp ce volumul musculaturii generale creşte de două ori, masa inimii creşte numai o dată şi jumătate, iar creşterea diametrelor arterelor rămîne în urmă faţă de dezvoltarea inimii. Acest lumen vascular micşorat poate duce la creşterea presiunii sanguine şi la diminuarea irigaţiei sanguine cerebrale, ceea ce are ca efect oboseala rapidă şi slaba capacitate de muncă a puberilor. Din această cauză, inima adolescenţilor trebuie cruţată de eforturi fizice prelungite sau de sporturi obositoare.

Aparatul respirator nu se dezvoltă în acelaşi ritm cu corpul, deşi capacitatea vitală a plămînilor creşte. Frecvenţa respiraţiilor este de 18—22/min., iar ventilaţia pulmonară, în caz de eforturi, creşte prin mărirea frecvenţei respiratorii, şi nu pe seama creşterii amplitudinii mişcărilor respiratorii, ca la adult. Tipul de respiraţie se schimbă la pubertate, respiraţia devenind de tip costal inferior (respiraţia copilului este de tip abdominal).

Se dezvoltă şi se perfecţionează sistemul nervos şi îndeosebi activitatea nervoasă superioară. Greutatea şi

volumul creierului diferă puţin faţă de cele înregistrate la creierul de adult, dar, sub influenţa condiţiilor de viaţă şi a lărgirii preocupărilor, se produc, la această vîrstă, modificări calitative, funcţionale. Se stabilesc noi legături între diferiţi centri ai sistemului nervos central şi creşte considerabil numărul fibrelor asociative, care fac legătura între diferite zone ale creierului.

Tot în această perioadă scoarţa cerebrală continuă să-şi desăvîrşească structura şi controlul ei asupra instinctelor şi emoţiilor.

2. MATURAREA SEXUALĂ

Activitatea glandelor sexuale începe din perioada prepubertară prin secreţia de hormoni sexuali. Secreţia semnificativă de hormoni estrogeni, la fete, apare la 9—10 ani, şi cea de hormoni androgeni, la băieţi, în jurul vîrstei de 10—11 ani. Apariţia gonadotrofinelor hipofizare în urină înainte de vîrsta de 10 ani are o semnificaţie patologică. În perioada de activitate genitală, hormonul foliculostimulant (FSH) se ridică la valori normale de 10—20 u.s.

Începutul secreţiei de hormoni sexuali corespunde cu schiţarea formelor corporale, somatice, caracteristice fiecărui sex şi, de asemenea, coincide cu saltul statural prepubertar. Titrul normal al 17-cetosteroizilor totali urinari este sub 3 mg/24 ore înainte de 8 ani, de 3—6 mg/24 ore între 9 şi 11 ani, apoi creşte lent la 8 mg/24 ore spre 15 ani, urmînd ca în anii următori să atingă valorile înregistrate la adulţi.

Pubertatea apare mai devreme cu $1^1/_2$—2 ani la fete, comparativ cu băieţii.

Astfel, la fete, primele semne pubertare, care apar între 9 şi 10 ani, sînt creşterea şi rotunjirea bazinului şi începerea dezvoltării glandelor mamare (a mameloanelor). Între 10 şi 12 ani se continuă dezvoltarea glandelor mamare, sînii capătă forma conică şi începe dezvoltarea organelor genitale interne şi externe. Labiile mari se dezvoltă şi devin apropiate, labiile mici de asemenea şi se pigmentează, clitorisul devine erectil, glandele Bartholin

devin secretante, iar vaginul începe să se dezvolte. Pilozitatea vulvară şi pubiană apare la 11—12 ani. Uterul creşte intens la 12 ani şi continuă să crească pînă la 18 ani. Ovarele, care au început să se dezvolte de la 8 ani, cresc intens între 11 şi 12 ani, dar creşterea maximă are loc între 13 şi 15 ani şi se continuă pînă la 19 ani. Între

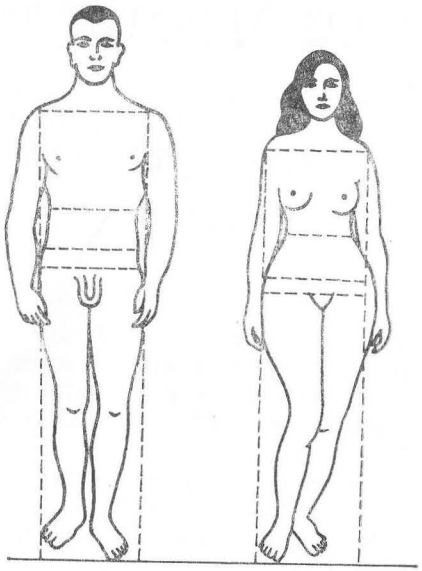


Fig. 5.

12 şi 14 ani apar pilozitatea axilară şi prima menstră, care marchează debutul pubertăţii. Menstrele la început sînt neregulate, iar ciclurile sînt anovulatorii timp de 6 luni pînă la un an, după care devin spontan regulate şi ovulatorii, adică la fiecare ciclu se elimină o celulă germinală, denumită ovul. Începînd de la 15—16 ani, uneori chiar mai devreme, se produce modificarea vocii.

La băieţi, primele semne prepubertare apar între 11 şi 12 ani, cînd încep să se dezvolte organele genitale. Penisul începe să crească evident de la 11 ani, mai intens la 14 ani, şi atinge maximul la 18—19 ani. Testiculele se dezvoltă începînd de la 10—11 ani, mai intens la 14 ani

şi ating maximul la 17—18 ani. Începînd de la 11 ani, scrotul se măreşte, se faldurează şi se pigmentează. Secreţia de hormoni androgeni testiculari debutează la 10—11 ani. Între 12 şi 13 ani apare părul pubian, iar între 14 şi 15 ani, părul axilar, puful pe buza superioară şi se schimbă vocea. Glandele anexe genitale devin funcţionale şi în jur de 15—16 ani apare prima emisiune seminală, primul ejaculat în mod spontan, sub formă de poluţie, care conţine spermatozoizi. Acest fenomen marchează debutul pubertăţii propriu-zise. Între 16 şi 18 ani continuă apariţia pilozităţii pe faţă şi torace.

Alte modificări pubertare datorite hormonilor sexuali sînt : închiderea culorii părului, îngroşarea tegumentelor, mai accentuată la băieţi, dezvoltarea glandelor sebacee şi sudoripare în regiunile genitală şi axilară, dezvoltarea mai accentuată a musculaturii la băiat, dezvoltarea laringelui la băiat, cu proeminenţa cartilajului tiroidian cunoscută sub denumirea de „mărul lui Adam".

Deci, secreţia de hormoni sexuali, care la pubertate inundă organismul, determină dezvoltarea caracterelor sexuale primare, secundare şi terţiare (apariţia instinctului sexual).

3. MATURAREA NEUROPSIHICĂ

În epoca pubertăţii şi a adolescenţei se dezvoltă şi se perfecţionează sistemul nervos central şi îndeosebi activitatea nervoasă superioară. Sub influenţa condiţiilor de viaţă şi a lărgirii preocupărilor, se produc la această vîrstă modificări calitative funcţionale ale sistemului nervos central, se stabilesc noi legături temporare între diferiţi centri cerebrali. Datorită mediului extern şi sub influenţa educaţiei şi a instrucţiei creşte rolul cuvîntului, al celui de al doilea sistem de semnalizare. Aceasta are o mare importanţă privind îmbogăţirea fondului de cunoştinţe, în procesul gîndirii şi al deprinderilor adolescentului.

Particularităţile psihice de vîrstă se caracterizează printr-o foarte largă variabilitate, în funcţie de condiţiile concrete de viaţă şi de activitate a şcolarului, ca şi de

educația și instrucția lui. Deoarece activitatea psihică are un caracter reflex, fenomenele psihice reprezintă reflectarea realității obiective, care acționează asupra scoarței cerebrale. Ca urmare, fenomenele psihice apar și există numai în procesul interacțiunii permanente a individului cu lumea înconjurătoare.

În determinismul orientării psihosexuale a adolescenților intervin influențe multiple : tipul de hormon specific sexului, influențele mediului social, sexul genetic, cromozomial, reactivitatea și afinitatea specifică înnăscută pentru sexul opus, tipul de sistem nervos.

Din acest punct de vedere, maturarea sexuală, ca și toate celelalte aspecte ale dezvoltării fizice nu exercită o influență determinantă asupra dezvoltării psihice a preadolescentului, deși constituie un factor care nu trebuie să fie ignorat (V. A. Krutetki și I. S. Lukin).

Deci, maturarea sexuală reprezintă numai o condiție internă nouă prin care sînt reflectate influențele determinante ale mediului social.

În ceea ce privește raportul dintre intensitatea influențelor familiale, sociale și impulsurile interne, sexuale, în timp ce unii autori (Bleuler, 1964) susțineau că numai hormonii sexuali ar fi hotărîtori pentru dezvoltarea psihosexuală, alți autori (Burger-Priiz, A. Meyer) neagă rolul acestora, explicînd desfășurarea procesului de maturare și orientare psihosexuală exclusiv prin influența mediului social.

În realitate, determinismul psihosexual este multiplu (Bleuler, 1964), ponderea fiecărui factor nefiind încă exact stabilită. În general, influența hormonilor devine evidentă și modifică evoluția procesului de maturare psihosexuală, îndeosebi atunci cînd creșterea sau scăderea secreției lor devine patologică. Vitbeskaia consideră că sexualitatea psihică rămîne nedezvoltată, de tip infantil, cînd lipsește procesul de maturare sexuală pubertară. Stutte (citat de V. Predescu) pe un studiu de 650 de cazuri de pubertate precoce din literatură, este de părere că avansul observat în maturarea psihică, în general, și atitudinea față de sexualitate, în special, constituie rezultatul unui proces intrinsec primar, neputînd fi explicat,

în mod satisfăcător, prin reacțiile adolescentului la atitudinea celor din jur, provocate de modificările sale somatice. Într-un studiu, Rodica Dascălu a constatat că adolescenții cu endocrinopatii nu se îndepărtează mult de colegii lor normali, în ceea ce privește dezvoltarea psihosexuală.

La vîrsta pubertății și adolescenței, memoria devine ageră, cunoștințele se cîștigă mai repede, iar amintirile din această perioadă sînt plăcute și de neuitat. Adolescentul are dorința de a cunoaște tot ce este nou. Este vîrsta plină de curiozități și frămîntări, care îi trădează prezența în orice ocazie — pe stradă, în tramvai sau la școală ; adolescentul este zglobiu, gălăgios, curios și cu mintea pătrunzătoare.

Imaginația sa se îmbogățește, se dezvoltă spiritul critic, se formează conștiința de sine, personalitatea. „Corpul devine într-un anumit sens un fel de simbol al eului" (Origlea). În locul gîndirii puerile apar raționamentul, puterea de abstractizare.

Tînărul prezintă o sensibilitate și emotivitate crescute. Maturarea sexuală se caracterizează printr-o excitabilitate crescută a sistemului nervos central, cu predominanța excitației asupra inhibiției. Aceasta influențează procesele afective, și anume înclinația adolescentului spre trăiri psihice intense.

O altă caracteristică a vieții afective în această perioadă este marea labilitate psihică și vegetativă, și anume adolescenții trec repede de la o stare afectivă la alta, de la bucurie la supărare sau de la îngîmfare la timiditate.

În privința comportamentului general, băieții sînt mai dinamici, mai combativi, preferă anumite sporturi, specifice sexului masculin. Fetele sînt mai delicate, mai liniștite, sînt mai ordonate și dotate cu simțul amănuntului și al îndemînării.

În adolescență se trezesc dragostea pentru natură și simțul artistic.

Tot în această perioadă apare și erotismul juvenil. Datorită instinctului sexual, se trezesc un interes deosebit și o atracție puternică față de sexul opus. Adolescentul simte nevoia unei anumite prietenii și astfel apare prima dragoste.

DETERMINISMUL NEUROENDOCRIN AL PUBERTĂȚII

Pubertatea apare biologic, ca un fenomen cu dată fixă, fiind inițiat de centrii hipotalamici, centrii în care, în cursul dezvoltării istorice a speciei, s-a programat orarul fenomenelor cu desfășurare ritmică.

Numeroase fapte experimentale și clinice demonstrează rolul centrilor nervoși în declanșarea pubertății. Cu mult înainte de debutul pubertății, gonadele și structurile sexuale anexe sînt capabile de a fi stimulate cu hormoni exogeni, iar hipofiza este aptă să producă gonadotropi (FSH și apoi LH). Cu toate acestea, secreţiile hipofizară și gonadică de tip adult nu apar datorită intervenţiei unor mecanisme din sistemul nervos central. Datele clinice și experimentale pe animale au arătat că anumite structuri hipotalamice și limbice (amigdala corticomedială, *stria terminalis,* cortexul piriform și melatonina epifizară) inhibă tonic secreția gonadotropă înainte de pubertate. Lezarea acestor zone determină pubertatea precoce, iar excitarea acestora întîrzie pubertatea. Hormonii estrogeni în doze slabe determină eliberarea de LH *releasing-factor* hipotalamic și grăbesc pubertatea (Ramirez, Sawyer, 1965), pe cînd implante cu doze minime de testosteron în eminența mediană (la masculul prepubertar) întîrzie pubertatea (Smith, 1967).

Este prematur să se formuleze o teorie care să reflecte o părere unanimă asupra controlului debutului pubertății. După unii autori (Donovan, Van der Verff, Ten Bosch), se pare că are loc o reducere a senzitivității neuronilor hipotalamici la efectele *feed-back*-ului negativ al hormonilor gonadali. Pînă la pubertate, dozele mici de hormoni sexuali inhibau centrii hipotalamici amintiți, datorită faptului că hipotalamusul era foarte sensibil la aceste doze secretate de testiculul imatur. La pubertate însă, în momentul în care organismul a atins vîrsta biologică corespunzătoare, scade sensibilitatea complexului hipotalamus-hipofiză la hormonii sexuali circulanți, se rupe echilibrul de pînă atunci și hipofiza începe să elibereze hormoni gonadotropi în plus, care induc modificările morfofuncționale gonadice pubertare.

Acțiunea hipotalamusului asupra gonadelor se exercită fie direct, pe cale nervoasă, fie indirect, prin releu neuroendocrin. Hipotalamusul anterior, median și posterior intervin în funcționalitatea și troficitatea gonadelor, și, de asemenea, reglează comportamentul sexual.

În perioada prepubertară, stimulii proveniți din hipotalamus inițiază intrarea în activitate a hipofizei somatotrope, gonadotrope, corticotrope și tireotrope.

Mai întîi, secreția de STH în exces este responsabilă de saltul statural prepubertar, apoi la pubertate, sub acțiunea declanșată de LH (ICSH), numărul celulelor Leydig crește, devin bogate în lipoizi și cristale Reinke, începînd să secrete hormoni androgeni testiculari. Sub acțiunea FSH, tubii seminali cresc ulterior în diametru, se dezvoltă și apare spermatogeneza, marcînd stadiile finale de maturare a elementelor germinale — spermatozoizii. Astfel testiculul crește în volum și se definește morfofuncțional ca un organ cu dublă structură și funcție : androgeneza și spermatogeneza. Sub acțiunea hormonilor androgeni se dezvoltă și devin funcționale glandele anexe — prostata și veziculele seminale.

În ovar, sub acțiunea declanșată de FSH, unul dintre foliculii primordiali se dezvoltă și secretă foliculină, maturarea lui necesitînd și stimularea cu LH. Folicului de Graaf, cînd a atins o anumită dezvoltare, sub influența unui anumit raport dintre secreția de FSH și LH (în creștere), se rupe și eliberează ovulul. În continuare, sub influența secreției de LH, pe cicatricea fostului folicul, se organizează o structură nouă — corpul galben — care, sub acțiunea combinată a secreției de LH și LTH (hormonul luteotrop), secretă estrogeni și progesteron. Dacă s-a produs fecundația, corpul galben se transformă în corp gestativ : în caz contrar, corpul galben degenerează, își suspendă secreția hormonală și apare menstruația. Acest ciclu sexual ovarian este reglat pe baza mecanismului de *feed-back* dintre hormonii sexuali și hormonii gonadotropi. Ciclul ovarian se repetă la intervale de timp egale și este perpetuat pînă la epuizarea zestrei de foliculi primordiali, pînă la menopauză. Ciclul este întrerupt în mod fiziologic numai de sarcină.

Paralel cu secreţia de hormoni sexuali gonadici şi chiar precedînd-o, intră într-o evoluţie pubertară (la ambele sexe) şi corticosuprarenala, care secretă hormoni sexuali androgeni, estrogeni şi progesteron. Din această cauză, corticosuprarenala mai este considerată ca o „glandă sexuală accesorie", adjuvantă. Activitatea androgenică a corticosuprarenalei începe de la 8 ani (fapt demonstrat prin creşterea 17-cetosteroizilor urinari) şi i se atribuie, la pubertate, o participare în apariţia perilor ambisexuali, pubieni şi axilari (adrenarha).

Glanda tiroidă participă de asemenea la apariţia şi, mai ales, la desăvîrşirea pubertăţii în adolescenţă. Hormonii tiroidieni sensibilizează gonadele la acţiunea gonadotropilor hipofizari şi cresc receptivitatea ţesuturilor genitale la acţiunea hormonilor sexuali. De asemenea, hormonii tiroidieni contribuie, din plin, la maturarea sistemului nervos central, şi la diferenţierea generală tisulară a organismului.

Timusul are, de asemenea, un rol în procesele de creştere pubertară, dovadă fiind regresia lui după vîrsta de 16 ani.

Epifiza sau glanda pineală are, în mod fiziologic, o acţiune moderatoare, frenatoare, asupra proceselor de sexualizare, printr-o acţiune antigonadotropă şi îndeosebi anti-FSH.

În concluzie, maturarea sexuală pubertară este dependentă şi dirijată de o adevărată constelaţie endocrină.

În afară de factorii neuroendocrini amintiţi, o influenţă însemnată asupra proceselor pubertare o au şi alţi factori : temperatură, luminozitate, regim alimentar şi factori sociali-economici.

Potrivit unor statistici, în zilele noastre asistăm la o instalare mai precoce a pubertăţii comparativ cu deceniile din urmă şi, de asemenea, la o creştere a taliei. Astfel, talia medie a băieţilor de 10 ani a crescut cu 7,5 cm şi a fetelor cu 10 cm, aşa cum reiese din datele furnizate de măsurătorile efectuate în anul 1957, comparativ cu cele din anul 1923. La sfîrşitul secolului trecut, vîrsta medie a primei menstruaţii era de 15,3 ani, iar actualmente este 13,5 ani. La băieţi, de asemenea, pubertatea în timpurile noastre apare mai devreme.

În ultimul timp, mai mulţi specialişti au atras atenţia asupra fenomenului de intensificare progresivă a tuturor proceselor creşterii şi dezvoltării fizice şi psihice a copilului, fenomen desemnat sub termenul de „acceleraţie" (*secular-trend*). Primele observaţii asupra acceleraţiei au fost publicate încă din 1876 de către Ch. Roberts. În ceea ce priveşte ţara noastră, unele studii arată că de la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi pînă în zilele noastre a avut loc o accelerare a maturării sexuale în medie cu 2 ani. De asemenea, fenomenul de acceleraţie s-a manifestat şi în dezvoltarea somatică. În ceea ce priveşte statura, se constată că valorile medii ale acesteia, în seriile lui Banu (1931), sînt considerabil mai mici decît în seriile studiate de Maria Cristescu, recrutate din aceleaşi regiuni (1964—1966) — atît din mediul urban, cît şi din mediul rural — şi provenind din toate clasele de vîrstă între 11 şi 16 ani.

Ipotezele care încearcă să explice etiologia fenomenului de *secular-trend* se bazează pe trei categorii de factori : economici, sociali (urbanizare) şi genetici. Această problemă complexă încă nu este pe deplin explicată.

MODIFICĂRI CALITATIVE ÎN DEZVOLTAREA COPILULUI

1. *Creşterea prematură a pilozităţii sexuale (adrenarha precoce)* (Talbot şi colab., 1952) poate surveni începînd de la 2—3 ani la fete şi mai rar înainte de vîrsta de 8 ani la băieţi. S-a constatat că apare mai frecvent la fete decît la băieţi. De obicei, apariţia părului pubian la fete, în adrenarha precoce, survine în jurul vîrstei de 6 ani şi jumătate şi apoi a părului axilar la 7 ani şi jumătate.

La ambele sexe se poate constata apariţia perilor în zonele pubiană şi apoi axilară (mai rari) ; iar la fete şi pe labiile mari. Pilozitatea la fete nu este însoţită şi de o hipertrofie clitoridiană şi la ambele sexe nu prezintă alte semne de maturizare sexuală. Nu există o tendinţă la hipertricoză generalizată. Din punct de vedere cronologic, atît la fete, cît şi la băieţi se va dezvolta o pubertate normală.

Ritmul creşterii şi al maturizării osoase prezintă un avans moderat în comparaţie cu copiii de aceeaşi vîrstă.

Investigaţiile hormonale au arătat că, adrenarha precoce este determinată de o secreţie crescută de androgeni corticosuprarenali. Mai mulţi autori (Wilkins ; Visser ; Rudd şi Gall) au raportat o creştere moderată a 17-cetosteroizilor urinari la aceşti copii, comparativ cu valoarea medie a secreţiei la un grup de copii de aceeaşi vîrstă. De asemenea, s-a constatat că androsteronul, etiocolanolonul şi dehidroepiandrosteronul (D.H.E.A.) sînt eliminaţi în urină în cantităţi uşor crescute. La o fată cu adrenarhă precoce s-a evidenţiat şi o secreţie crescută de testosteron (probabil din conversia periferică a sulfatului de D.H.E.A.).

La aceşti subiecţi, după stimularea cu ACTH se constată o creştere atît a androgenilor corticosuprarenali, cît şi a testosteronului. Valorile crescute de androgeni corticosuprarenali sînt suprimate după proba de supresie cu dexametazon. Aceste probe confirmă originea corticosuprarenală a androgenilor crescuţi la copii cu adrenarhă precoce.

Factorul etiologic care determină această creştere a secreţiei nu este încă cunoscut. Dacă ar fi o suprastimulare cu ACTH, atunci ar fi trebuit să existe şi valori crescute de cortizol, ori acesta este normal secretat. Există însă a reactivitate crescută a corticosuprarenalelor privind secreţia de cortizol după stimularea cu ACTH, la aceşti copii. Allbright atribuie adrenarha precoce unei stimulări cu hormon luteinizant, dar această ipoteză necesită confirmări. S-a mai emis şi ipoteza existenţei unui hormon trop hipofizar, care stimulează numai secreţia de androgeni corticosuprarenali.

Conduita medicului constă din urmărirea copiilor care prezintă adrenarhă precoce şi diferenţierea acesteia de o pubertate precoce sau de o pseudopubertate precoce de origine corticosuprarenală.

Unii autori (Silverman, Ferrier şi colab.) au găsit la copiii cu adrenarhă precoce o incidenţă foarte rară a unor leziuni cerebrale, ceea ce ar sugera posibilitatea unui mecanism cortical stimulator de androgeni sau înlăturarea unui mecanism cortical inhibitor de androgeni.

2. *Dezvoltarea prematură a glandelor mamare la fete (telarha prematură).* Acest fenomen se poate întîlni la fetiţe în timpul primei şi celei de a doua copilării şi constă în creşterea sînilor, de obicei bilaterală şi rareori unilaterală. Fenomenul nu se însoţeşte de nici un alt simptom de maturare sexuală a gonadelor. Telarha prematură este mai frecventă între 1—3 ani.

Cu toată dezvoltarea glandelor mamare, mameloanele sînt subdezvoltate, iar areolele mamare sînt nepigmentate. Frecvent, acest proces este tranzitoriu şi numai rareori poate să persiste luni sau ani, după care sînii pot reveni la starea lor prepubertară. Uneori însă, creşterea sînilor continuă pînă la instalarea pubertăţii.

Telarha prematură poate fi diferenţiată de pubertatea precoce, deoarece acest fenomen nu se însoţeşte de dezvoltarea organelor genitale, iar frotiul citovaginal nu indică o impregnare estrogenică. Dozarea estrogenilor la aceste fete arată o concentraţie normală. Explicaţia acestui fenomen ar fi o receptivitate crescută a glandelor mamare la un titru normal de estrogeni.

3. *Acneea la adolescenţi.* Deseori, prepubertar şi intrapubertar, se constată acnee şi o seboree excesivă, ca o expresie a unei hiperandrogenii de origine gonadică şi (sau) suprarenală. Obişnuit, această acnee este tranzitorie şi dispare spontan la finele adolescenţei.

4. *Ginecomastia la băieţii adolescenţi.* Nydick şi colab. (1961) au găsit o incidenţă de 38,7% la un total de 1 855 de copii examinaţi, iar la cei în grupa de vîrstă 14—14 1/2 ani vîrful incidenţei era de 64,6%. Ginecomastia poate fi bilaterală, iar uneori unilaterală. În afara ginecomastiei, uneori asociată cu adipozitate cu distribuţie ginoidă, aceşti băieţi sînt normali din punct de vedere al dezvoltării genitale şi somatice corporale.

De obicei, această ginecomastie este moderată şi tranzitorie, dar uneori ea poate fi considerabilă şi poate persista mai mulţi ani. În general, virilitatea învinge la finele adolescenţei şi ginecomastia dispare. Diagnosticul diferenţial al ginecomastiei pubertare trebuie făcut cu ginecomastia din sindromul Klinefelter, din tumorile corticosuprarenale feminizante, cu ginecomastiile familiale sau

cu ginecomastia din insuficiența hepatică cronică (ciroză). Asocierea unei ginecomastii cu o tumoare testiculară este rară ; ea se observă în 10% din tumorile testiculare germinale, în schimb este obișnuită în tumorile leydigiene. Corticosuprarenaloamele cu ginecomastie sînt relativ frecvente (Vague și colab. în 1957 au publicat al 55-lea caz). Uneori, hipertiroidia poate fi incriminată cînd ginecomastia apare în același timp sau la puțin timp după debutul bolii, dar după tratamentul antitiroidian se constată regresia ginecomastiei.

Din punct de vedere patogenic, ginecomastia la pubertate a făcut obiectul unui studiu hormonal a lui Jull și Dosett (1964) pe 24 școlari de vîrstă între 10 $^1/_2$—18 ani. Autorii ajung la concluzia că apariția unei ginecomastii la pubertate nu este determinată de o creștere a producției de estrogeni, fie direct, fie indirect prin transformarea metabolică a androgenilor.

Decourt și colab. (1962) au constatat că estrogenii în urina puberilor cu ginecomastie, nu au valori mai mari ca cele întîlnite la bărbatul adult fără ginecomastie.

Autorii explică apariția ginecomastiei la pubertate prin creșterea concentrației de hormoni tropi hipofizari care se produc la această vîrstă. De altfel, ginecomastia dispare la finele pubertății în momentul cînd activitatea hipofizară secretorie de tropi scade în intensitate.

Factorii hormonali implicați în dezvoltarea mamară și a ginecomastiei la băieții la pubertate, sînt următorii :

— înainte de pubertate există o cantitate minimă de estrogeni, suficienți pentru producerea unei dezvoltări mamare, dar stimularea cu glandulotropi hipofizari este insuficientă ;

— la pubertate, secreția de hormoni somatotrop și luteotrop (prolactină) cresc și, în prezența a mici cantități de estrogeni deja existenți, determină proliferarea canalelor galactofore ;

— în momentul maturării sexuale, secreția de somatotrop scade, antrenînd o regresie rapidă a dezvoltării mamare.

Concentrația crescută de estrogeni de natură exogenă sau endogenă stimulează secreția de prolactină, care provoacă o dezvoltare mamară exagerată.

Alți autori explică apariția ginecomastiei la puberi prin existența unei disproporții temporare între diferiți androgeni testiculari (Willkins) sau datorită unui dezechilibru temporar a raportului estrogeni/androgeni (Collett-Solberg și Grumbach — 1965).

TULBURĂRI PRIVIND CRONOLOGIA APARIȚIEI PUBERTĂȚII

PUBERTATEA PRECOCE

Apariția pubertății înaintea vîrstei de 9—10 ani este considerată ca fiind precoce.

Din punct de vedere etiologic, Willkins clasifică pubertatea precoce astfel :

1. *Pubertatea precoce de origine neurogenă* (prin leziuni intracraniene). În această categorie se încadrează pubertatea precoce determinată de unele tumori cerebrale (localizate în : tuberculii mamilari, tuberculii cvadrigemeni, regiunea posterioară hipotalamică, tuber cinereum), de unele tumori distructive ale epifizei (glioame, ependimoame, chisturi), de craniofaringioame, de tumori ale hipotalamusului anterior (mai rar). Adevăratele pinealoame secretante determină apariția infantilismului sexual.

Alte cauze de natură neurogenă care pot declanșa o pubertate precoce sînt următoarele : encefalite, encefalita epidemică, defecte congenitale ale hipotalamusului, angioame de tuber cinereum (hamartroame), sindromul de displazie osoasă (Albright).

2. *Pubertatea precoce de origine idiopatică* are un caracter familial. Aproximativ 80% din cazurile de pubertate precoce aparțin acestui tip de pubertate precoce ; cercetări minuțioase nu pot evidenția nici o cauză neurogenă sau endocrină. Este mult mai frecventă la fete decît la băieți.

În aceeași familie, pubertatea precoce nu se întîlnește la ambele sexe.

O caracteristică a pubertății precoce familiale este apariția ei foarte de timpuriu (în unele cazuri chiar de la naștere). Primul caz este publicat de Plumb, în 1897 : o fată cu sîni măriți și pilozitate pubiană prezente de la naștere, căreia i-a apărut menstra la 6 săptămîni. Dintr-o statistică de 31 de cazuri (Jolly) rezultă că 6 au avut prima menstră la 2 ani și jumătate. La băieți, pubertatea precoce se pune în evidență prin organe genitale hipertrofiate de la naștere sau din primul an de viață.

Dezvoltarea sexuală la această categorie de pubertate precoce urmează tipul normal, prezentînd la băieți spermatogeneză completă, iar la fete, cicluri menstruale ovulatorii, cu posibilități concepționale. Pe o statistică a lui Willkins de 310 fete cu pubertate precoce de tip idiopatic, s-au constatat 70 de sarcini înainte de vîrsta de 14 ani, din care 18 au survenit între 5 și 10 ani. Cel mai spectacular caz a fost raportat de Escomel, în 1939. Este vorba de micuța Lina Medina, o peruviană, care face o pubertate precoce, apărîndu-i primul ciclu menstrual la 3 ani, după care menstrele survin regulat pînă la 4 ani și 10 luni, cînd rămîne însărcinată, iar la 5 ani și 7 luni naște, prin cezariană, un băiat de 2 940 grame. Fata avea înălțimea de 1,15 m și greutatea de 28,5 kg.

Caracteristicile pubertății precoce în cele două grupe (neurogenă și idiopatică) sînt următoarele :

— este o pubertate precoce completă, în care se produce o maturare sexuală normală a testiculelor sau a ovarelor cu prezența spermatogenezei la băieți și, respectiv, a ovulației la fete ;

— hormonii sexuali secretați sînt la un titru crescut, ca la un adolescent normal.

Sekel (1940) a observat că dezvoltarea dentară, mintală și maturarea psihosexuală prezintă un ritm mai încetinit, în raport cu maturarea sexuală a acestor subiecți.

3. *Pubertatea precoce de origine gonadică.* Apariția ei la băieți este determinată de unele tumori testiculare, ca adenoame ale celulelor interstițiale Leydig, sau de teratoame testiculare (în cazuri foarte rare).

La fete, pubertatea precoce este determinată de unele tumori ovariene : tumori ale granuloasei, teratoame ale

ovarului, corioepitelioame excesiv de maligne, luteoame sau tecoame de ovar.

Pubertatea precoce de origine gonadică are următoarele caractere :

— este o pubertate precoce incompletă (pseudopubertate precoce), deoarece dezvoltarea testiculelor nu determină spermatogeneza și nici cea a ovarelor nu ajunge la ovulație ;

— tumoarea afectează, de obicei, o singură gonadă ; cealaltă gonadă poate fi imatură sau atrofiată ;

— hormonii sexuali secretați sînt la un titru excesiv de mare.

4. *Pubertatea precoce de origine corticosuprarenală* este determinată de hiperplazia corticosuprarenală congenitală sau de o tumoare corticosuprarenală secretantă.

La fete, hiperplazia corticosuprarenală congenitală determină un pseudohermafroditism feminin, iar la băieți, o pubertate precoce izosexuală, în care testiculele rămîn relativ mici în raport cu dezvoltarea penisului. Biopsia de testicul în acest caz indică absența celulelor Leydig și alterarea spermatogenezei, cu oprirea, în ceea ce privește componența, la stadiul de spermatocite primare. Aceste fenomene se explică prin inhibiția gonadotropilor de către androgenii și estrogenii suprarenali secretați în exces. Există și unele excepții, în care procesul de spermatogeneză ajunge la spermatozoizi. În hiperplazia congenitală suprarenală există și posibilitatea asocierii unui tablou de virilizare cu o insuficiență corticosuprarenală, îndeosebi mineralcorticoidă (sindromul Debré-Fibiger).

Pubertatea precoce de origine suprarenală este o pseudopubertate precoce.

★

În toate cazurile de pubertate precoce și pseudopubertate precoce de diverse etiologii există un avans privind ritmul creșterii staturale și, de asemenea, o accelerare a maturizării scheletale, a vîrstei osoase. Dacă acest fenomen explică avansul statural al copiilor cu pubertate precoce într-o primă etapă comparativ cu media taliei copiilor de aceeași vîrstă, ulterior însă, din cauza avan-

sului vîrstei osoase cartilajele de creştere se închid precoce şi aceşti copii sînt candidaţi la nanism.

Pubertatea precoce este de două ori mai frecventă la fete decît la băieţi, iar dintre categoriile etiologice predomină tipul idiopatic. În grupul pubertăţii precoce idiopatice proporţia fetelor faţă de băieţi este de 4/1, în timp ce în grupul cu leziuni intracraniene (originea neurogenă) proporţia băieţilor faţă de fete este de 1/1 pînă la 2/1.

Determinismul incidenţei mari a pubertăţii precoce idiopatice la fete nu este cunoscut.

Pentru stabilirea diagnosticului de pubertate precoce sînt necesare efectuarea unor examene care să stabilească vîrsta : staturală, ponderală, genitală, osoasă, dentară şi mintală.

De asemenea, sînt necesare o radiografie craniană de profil centrată pe şaua turcească, un examen de fund de ochi şi de cîmp vizual, iar cînd se suspectează o tumoare cerebrală sînt necesare şi o pneumoencefalografie şi angiografie cerebrală. Suspectarea unei tumori corticosuprarenale impune efectuarea unui retropneumoperitoneu.

Dozările hormonale care se cer sînt următoarele : 17-cetosteroizi, cromatograma 17-cetosteroizilor totali, testosteronul plasmatic (pentru băieţi), estrogenii totali sau fracţionaţi, prolanuria totală sau gonadotropii fracţionaţi (pentru ambele sexe).

Diagnosticul diferenţial al pubertăţii precoce la băieţi. Anamneza relevă dacă avansul dezvoltării sexuale a survenit din prima copilărie sau dacă aceasta a fost precedată de o dezvoltare sexuală normală.

Pentru pseudopubertatea precoce prin hiperplazie corticosuprarenală congenitală pledează creşterea penisului din primul an de viaţă. Testiculii sînt mici, hipotrofici, în discordanţă cu dezvoltarea penisului, în hiperplazia corticosuprarenală şi, de asemenea, în tumorile hipersecretante de androgeni corticosuprarenali.

Tumorile testiculare se evidenţiază prin palpare atentă şi, de obicei, sînt unilaterale cu inducerea atrofiei gonadei contralaterale.

Dacă dimensiunile testiculilor măsuraţi prin testimetrie sînt în concordanţă cu dezvoltarea penisului, atunci

se suspectează o pubertate precoce adevărată de natură idiopatică sau prin leziuni intracraniene. La băieţi pubertatea precoce este mai frecvent asociată cu leziuni cerebrale decît la fete, iar proporţia pubertăţii precoce prin leziuni intracraniene faţă de cea idiopatică la băieţi este de 1/1 — 2/1. Aceasta impune ca, în caz de pubertate precoce la băieţi, să se efectueze un examen neurologic şi oftalmologic, completat de pneumoencefalografie şi angiografie cerebrală.

Dozările hormonale bazale de 17-cetosteroizi şi testosteron plasmatic, de D.H.E.A., ca şi valorile obţinute după stimularea cu ACTH şi după supresia cu dexametazon, ajută la diferenţierea unei pubertăţi precoce prin hiperplazie corticosuprarenală congenitală (cînd aceste valori scad) de pubertatea precoce prin tumoare testiculară sau printr-o tumoare benignă sau malignă corticosuprarenală (cînd aceste valori rămîn nemodificate).

Biopsia testiculară aduce precizări în eventualitatea unei tumori leydigiene testiculare sau arată un aspect de maturizare normală a testiculului în caz de pubertate idiopatică sau neurogenă (celule Leydig normale, tubi seminiferi cu spermatogeneză cu spermatozoizi).

Un diagnostic diferenţial trebuie făcut şi cu adrenarha precoce. În condiţiile excesului de androgeni din pubertatea precoce, vîrsta osoasă este în avans net faţă de ritmul creşterii şi ambele sînt accelerate, pe cînd în adrenarha precoce există un avans moderat al creşterii staturale şi al maturizării osoase.

De asemenea, trebuie avută în vedere şi virilizarea iatrogenă produsă prin administrarea de androgeni, steroizi anabolizanţi în doză mare sau de gonadotrofină corionică.

Diagnosticul diferenţial al pubertăţii precoce la fete. În primul rînd trebuie să se ţină seama de incidenţa crescută a adrenarhei precoce la fete. Apariţia precoce a pilozităţii sexuale, fără alte semne de maturizare sexuală genitală şi extragenitală, obligă medicul la stabilirea vîrstei osoase şi a ritmului creşterii.

În telarha prematură nu există un avans al vîrstei osoase şi nici a taliei ; în adrenarha precoce există un avans moderat al ambelor ; în schimb, în pubertatea pre-

coce există un avans considerabil atît al vîrstei osoase, cît și al celei staturale (vîrsta înălțimii este depășită de avansul maturării osoase). În telarha prematură, dozarea estrogenilor arată valori normale.

Un al doilea element de care se va ține seama este incidența mai mare a pubertății precoce la fete decît la băieți și frecvența mai mare a tipului idiopatic la fete și mai redus a celui prin leziuni intracraniene, în comparație cu pubertatea precoce la băieți. De aceea, dacă examenul neurologic este normal, nu se va insista cu examene speciale.

Un element foarte important pentru precizarea diagnosticul diferențial este precizarea naturii hemoragiei vaginale și a funcției ovariene și uterine. Sîngerarea vaginală în absența dezvoltării organelor genitale poate fi cauzată de un corp străin în vagin sau de introducerea intermitentă a unor obiecte în vagin, ca în caz de masturbație. Ciclul menstrual poate avea un caracter ovulator sau anovulator. Pentru precizarea acestor caractere se va face apel la curba termică bazală.

Dozările de hormoni estrogeni, de pregnantriol urinar și de gonadotrofine urinare ajută la stabilirea diagnosticului pozitiv și diferențial al pubertății precoce. În cele de natură idiopatică sau neurogenă, estrogenii au valori ca la un puber normal, iar gonadotrofinele urinare sînt crescute.

Comportamentul sexual în pubertatea precoce. S-a observat că dezvoltarea psihosexuală a copiilor cu pubertate precoce nu este egală cu maturizarea lor sexuală precoce. Din această cauză, numai rareori acești copii au un comportament psihosexual care dă probleme. Totuși, acești copii pot fi victime sexuale ale adulților. Aceste două elemente trebuie să le cunoască părinții. Copiii cu pubertate precoce trebuie protejați față de avansurile sexuale ale altor copii puberi sau adolescenți. Este necesar ca dezvoltarea sexuală a organelor genitale a acestor copii să nu fie observată de colegii sau prietenii lor.

Copiii cu pubertate precoce sînt capabili să-și exercite autocontrolul asupra comportamentului lor în aceeași măsură ca și adolescenții normali. Majoritatea acestor copii se masturbează, dar nu toți. Fetele cu pubertate

precoce trebuie să fie prevenite de venirea prematură a ciclului menstrual și, de asemenea, de dezvoltarea prematură a sînilor.

În general, dificultățile care survin la copiii cu pubertate precoce sînt legate de disocierea dintre dezvoltarea lor intelectuală și psihoafectivă în ritm normal și dezvoltarea lor sexuală prematură.

Tratamentul pubertății precoce. Conduita terapeutică se stabilește în funcție de forma clinică etiopatogenică a pubertății precoce. În pubertatea precoce de origine idiopatică și neurogenă se recomandă administrarea de medroxiprogesteron (MPA) utilizat prima dată de Kupperman și Epstein (1962). Acest progestativ s-a dovedit că are capacitatea să suprime gonadotrofinele urinare la adulți. Aplicarea acestui tratament la 25 de fete și la 7 băieți cu pubertate precoce, a dus la suprimarea menstrelor la fete și la unele întîrzieri în maturizarea sexuală la băieți. Acest medicament are însă un efect slab, producînd numai o ușoară întîrziere a maturizării osoase. MPA reduce nivelul secreției de 17-cetosteroizi, androsteron și etiocolanolon, testosteron, estrogeni, dar și a 17-hidroxicorticosteroizilor.

MPA a întîrziat maturarea osoasă la băieți cu pubertate precoce de vîrstă osoasă între 5—8 ani, în timp ce la alți băieți cu vîrsta osoasă între 14—16 ani înainte de tratament, nu s-a observat un efect asemănător.

Autorii ajung la concluzia că tratamentul cu medroxiprogesteron este justificat la fetițele sub 9 ani și la băieții sub 11 ani, dacă vîrsta osoasă nu este mai mare de 11 ani la fete și de 13 ani la băieți.

De notat că regresia pubertății precoce idiopatice la fete poate surveni uneori și fără tratament. Cert este că, dacă se începe tratamentul cu MPA înainte de venirea menstruației, aceasta nu va apare precoce sub tratament.

În pseudopubertatea precoce din tumorile gonadice și corticosuprarenale tratamentul constă din ablația chirurgicală a acestor tumori.

În caz de hiperplazie corticosuprarenală congenitală se recomandă corticoterapia (prednison) într-o doză minimă eficace (în funcție de valoarea 17-cetosteroizilor

urinari), care să inhibe excesul de androgeni, dar să nu influenţeze negativ creşterea.

În adrenarha precoce, se poate administra prednison în doză moderată şi intermitent pentru diminuarea secreţiei de androgeni corticosuprarenali crescuţi.

PUBERTATEA TARDIVĂ. INFANTILISMUL GENITAL

În pubertatea tardivă primele semne de dezvoltare sexuală apar în jur de 15 ani la fete şi 17 ani la băieţi. Pubertatea tardivă este mai frecventă la băieţi decît la fete, iar această întîrziere se remarcă mai bine la ei. La aceşti subiecţi maturizarea osoasă este întîrziată cu 2—4 ani ; de asemenea, creşterea staturală este deficitară, iar musculatura nedezvoltată. Deseori, istoricul familial arată că, unul din părinţi sau rude au avut aceeaşi întîrziere pubertară.

Laron şi colab. (1968) atribuie pubertatea tardivă familială unei secreţii insuficiente de gonadotropi *releasing factors* (GRF) hipotalamici. La aceşti subiecţi gonadotrofinele urinare sînt absente sau detectabile la valori scăzute. În alte cazuri, pubertatea tardivă se datoreşte unor carenţe nutritive cronice sau unor boli cronice (diabet zaharat juvenil, nefropatii cronice, anemie hemolitică, tuberculoză pulmonară etc.).

Ca tratament, pentru pubertatea tardivă se recomandă : gonadotrofine corionice sau hormoni sexuali (testosteron la băieţi, estrogeni şi progesteron la fete).

În pubertatea tardivă familială prin deficit de GRF, Laron şi colab. (1968), au obţinut iniţierea pubertăţii prin administrarea de hormoni androgeni anabolizanţi, în cazurile în care vîrsta osoasă era de 12—14 ani.

Înainte de a eticheta o insuficientă dezvoltare sexuală ca pubertate tardivă, se impune un diagnostic diferenţial al acesteia cu infantilismul sexual.

Din punct de vedere etiopatogenic, infantilismul sexual se clasifică în următoarele forme clinice :

1. *Infantilismul hipotalamic cu sau fără obezitate.* Este determinat de un craniofaringiom, gliom, adenom cromofob hipofizar cu evoluţie supraselară sau de alte tumori hipotalamice anterioare. De obicei, se asociază şi cu alte semne de suferinţă hipotalamică : diabet insipid sau deficit statural (nanism). Infantilismul sexual hipotalamic asociat cu obezitatea se întîneşte în sindromul Babinski-Fröhlich de origine tumorală hipofizară. Sindromul Laurence-Moon-Biedl se caracterizează prin : infantilism sexual, obezitate, oprire în creştere, diabet insipid, atingere mintală, retinită pigmentară, polidactilie şi sindactilie. Există însă şi forme incomplete, în care se asociază numai unele dintre aceste tulburări.

2. *Hipogonadismul hipofizar hipogonadotrop* constituie o altă categorie, care înglobează cazurile de eunucoidism hipofizar. În această grupă, prolanuria totală indică valori sub 5 u./24 de ore.

3. Infantilismul sexual determinat de *disgeneziile gonadice.*

Sindromul Turner (45 *XO*). În acest sindrom lipseşte un cromozom sexual *X* din a 23-a pereche. Această anomalie antrenează absenţa ovarelor. Prima descriere a sindromului a făcut-o Seresevschi în 1925. Turner în 1938 a studiat 7 bolnave între 15—23 ani care prezentau următoarele caractere : fenotip feminin, hipotrofie staturală marcată, infantilism sexual, pterygium colli şi angulaţia articulaţiei cotului. Subiecţii pot prezenta şi alte malformaţii osoase sau viscerale (persistenţa canalului arterial, comunicaţie interventriculară, coarctaţia aortei, dextrocardie ; rinichi în potcoavă, agenezie sau hipoplazie renală etc.).

Fetiţele cu sindrom Turner prezintă de la naştere talie mică şi deficit ponderal. Tulburarea de creştere se menţine şi se accentuează cu înaintarea în vîrstă ; talia definitivă se realizează către 15—16 ani la 140—150 cm. Cartilajele de creştere rămîn deschise după vîrsta cronologică a sudării lor.

La vîrsta pubertară, nu apare ciclul menstrual (amenoree primară) şi nici sexualizarea somatică hormonal-pubertară.

Dozările hormonale arată : hipergonadotrofinurie, STH-ul normal, TSH-ul normal, 17-cetosteroizii (de origine corticosuprarenală) normali sau scăzuţi ; secreţia de estro-

geni este practic nulă. În acest sindrom există o lipsă de receptivitate tisulară a cartilajelor de creştere (în cadrul anomaliei cromozomiale) la hormonul somatotrop secretat în cantitate normală.

Sindromul Klinefelter (47 XXY). În 1942, Klinefelter, Reifenstein şi Albright au descris boala caracterizată prin : atrofie (hipotrofie) testiculară, caractere sexuale secundare bine dezvoltate, ginecomastie, azoospermie, sclerohialinizarea tubilor seminiferi, cu celule Leydig normale sau hiperplazice, secreţie normală (sau scăzută) de 17-cetosteroizi, gonadotrofinele urinare crescute.

Ca frecvenţă, Prader şi colab. (1958) stabilesc că sindromul Klinefelter apare la unul din 1 248 băieţi.

În acest sindrom există un cromozom sexual *X* suplimentar în a 23-a pereche.

În copilărie, sindromul poate fi rareori diagnosticat ; la pubertate şi postpubertar apar semnele clinice ale bolii. Din punct de vedere genital testiculii sînt mici şi duri, iar penisul normal dezvoltat. Subiecţii au un comportament sexual normal (libido, erecţii, ejaculaţii). Ejaculatul nu conţine însă spermatozoizi şi bolnavii prezintă sterilitate prin azoospermie. Acest caracter era considerat ca unul din semnele cardinale ale bolii, dar unii autori au descris şi cazuri la care lichidul spermatic s-au găsit şi un număr redus de spermatozoizi normali.

Alterările testiculare survin precoce încă din etapa orhigenezei şi rămîn latente pînă la pubertate, cînd devin evidente. Testiculii răspund în mod variabil la stimularea cu gonadotrofină corionică.

BAZELE FIZIOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI SEXUAL

FACTORII CARE DETERMINĂ COMPORTAMENTUL SEXUAL

ACTIVITATEA PSIHICĂ ŞI COMPORTAMENTUL SEXUAL

Motivaţia sexuală joacă un rol important în multe teorii psihologice asupra comportamentului şi este încadrată între impulsurile primare, cum sînt foamea şi setea (Grossman, 1967). Spre deosebire de comportamentul de alimentare şi al aportului de apă, esenţiale pentru conservarea individului, comportamentul sexual este necesar pentru conservarea speciei, absenţa lui fiind compatibilă cu o viaţă normală. Importanţa pentru specie explică însă deosebita intensitate pe care o manifestă uneori motivaţia sexuală, care poate determina, ocazional, comportamente dăunătoare individului (Adcock, 1967).

Datele psihologiei experimentale şi ale ethologiei * şi progresul neuropsihologiei şi neuroendocrinologiei permit actualmente o abordare ştiinţifică a comportamentului sexual, deşi mecanismele psihice şi neuroendocrine care îl deservesc nu sînt în totalitate cunoscute. Nu ne intere-

* *Ethologie* : ştiinţa care studiază comportamentul animalelor.

sează teoriile construite numai pe baza introspecției și psihanalizei ; de asemenea, s-a depășit faza pur descriptivă a comportamentului privit de un spectator extern, aspect absolutizat de teoriile psihologice behaviouriste. Punctul de vedere pragmatic, behaviourist, consideră că orice explicație asupra mecanismelor comportamentului este valabilă dacă, conform ei, se poate prevedea un anumit efect comportamental, cunoscînd factorii declanșanți, sau dacă se poate specifica natura stimulului care a acționat, cunoscînd răspunsul. Behaviourismul ignorează, de fapt, existența unor mecanisme centrale precise, potențial demonstrabile și în parte demonstrate, care asigură traducerea condițiilor și stimulilor interni și externi într-o motivație care va genera un comportament.

Numai pe baza unor mecanisme reale putem explica, științific, comportamentul și putem răspunde la o serie de întrebări strîns legate de practica înțelegerii și corectării tulburărilor de comportament sexual (75) :

În ce măsură motivația sexuală este înnăscută sau dobîndită ? Ce factori îi asigură direcția de acțiune la normali și la deviații sexuali ?

Care este rolul hormonilor și limita eficacității lor ?

Care este rolul sistemului nervos și în ce condiții se sexualizează ?

Ce substrat neurobiochimic există la nivelul circuitelor cerebrale și în ce măsură este cunoscut și poate fi influențat de medicamente ?

În ce măsură intervin factorii de ordin psihic, experiența acumulată în cursul vieții și emoțiile asociate activității sexuale ?

Care este rolul factorilor sociali ?

În studiul activității sexuale este necesar să pornim de la datele de psihologie experimentală și ethologie, care ne dau schema generală a comportamentului.

Ce este comportamentul sexual ? În primul rînd este un aspect particular al comportamentului global, manifestat de organism într-un moment dat al vieții (75). Este foarte dificil să delimităm răspunsurile sexuale de alte răspunsuri sociale, mai ales că un comportament sexual apare numai în situații sociale reale. Această dificultate a determinat exagerarea importanței motivației sexuale și afirmarea ei ca motor al întregului comportament uman în teoria psihanalitică freudiană (Lagache, 1964 ; Ralea, 1958).

Datele obiective, științifice, de care dispunem actualmente, ne obligă la o simplificare, la definirea comportamentului sexual drept seria complexă de răspunsuri direct asociate cu copulația — fie heterosexuală, fie homosexuală (Phoenix și colab., 1967). Nu ne interesează descrierea imensei variabilități după individ și specie a acestor răspunsuri, ci mecanismele neuroendocrine responsabile de tipul general, de modelul statistic al răspunsurilor sexuale stabilite la o specie și de principalele lui modificări patologice.

Ca orice tip de comportament, comportamentul sexual are două caracteristici fundamentale : una esențial cantitativă (manifestarea unei activități de intensitate variabială) și o alta, de natură calitativă (direcția, orientarea, pe care o va avea această activitate) (43).

Termenul de motivație sexuală este mai corect decît cel de „instinct sexual" sau „impuls sexual" (75).

„Impulsul sexual" este o noțiune inadecvată, deoarece sugerează numai latura dinamogenă a motivației. „Instinctul sexual" este un termen neclar, la care majoritatea autorilor au renunțat, deoarece presupune numai componenta înnăscută, automat declanșată de anumite condiții de mediu : „o înșiruire de reflexe necondiționate", după Pavlov. Or, la mamifere, și cu atît mai mult la om, motivația sexuală și comportamentul sexual adult depind mai mult de mecanisme formate în cursul vieții, mecanismele înnăscute avînd un rol secundar (75).

Termenul de „libidou" este folosit pentru motivația sexuală matură și direcțională a omului.

Motivația sexuală, care se află la baza comportamentului sexual, are ca și acesta tot două laturi (43).

COMPONENȚA DINAMOGENĂ A MOTIVAȚIEI SEXUALE

Prima latură a motivației sexuale este o componentă *dinamogenă*, cantitativă, care este înnăscută și oarbă, nedirecționată și care rezultă din conversia de energie nece-

sară declanşării şi întreţinerii comportamentului. Ea reflectă, într-o anumită stare psihică, modificările hormonale şi neurale determinate de condiţiile interne sau de stimulii externi şi creează un ansamblu de potenţialităţi. Această componentă depinde direct de substratul neuroendocrin dezvoltat în cursul filogeniei, în scopul reproducerii şi conservării speciei. În cursul vieţii, pe baza experienţei trăite, componenta dinamogenă se va modifica continuu.

Nu se cunoaşte nici un stimul înnăscut care, automat, să declanşeze un comportament sexual, dar nu este exclus să existe [aşa cum există în cazul comportamentului agresiv al maimuţelor nou-născute stimulul declanşator înnăscut reprezentat de prezenţa unui şarpe (Grossman, 1967)]. Creşterea nivelului hormonal sexual la pubertate se asociază cu începerea activităţii sexuale propriu-zise. Acesta este un factor necesar, dar nu suficient (75, 76) pentru manifestarea unui comportament sexual, aşa după cum se va vedea în continuare.

Să facem o comparaţie a comportamentului sexual cu tipurile de comportament de importanţă vitală pentru organism [aşa-numitele comportamente „homeostatice" (Grossman) (32)] : comportamentul de alimentare şi comportamentul aportului de apă. În acestea, componenta înnăscută a motivaţiei (a foamei sau a setei) este mult mai evidentă. Totuşi, apariţia senzaţiei neplăcute care caracterizează foamea nu determină automat, la un organism nou-născut şi fără experienţă declanşarea unui comportament adecvat de alimentare. În absenţa părinţilor, această senzaţie va determina o activitate febrilă, dar nediferenţiată, pînă cînd ingerarea întîmplătoare a unui aliment satisface foamea. De-abia în acest moment se precizează direcţia motivaţiei, uneori necesitînd mai multe asocieri prealabile. Dacă direcţionarea motivaţiei nu are loc şi nu apare un comportament adecvat alimentar, animalul moare prin tulburarea homeostaziei mediului intern (75).

În cazul comportamentului sexual, scopul acestuia nu este conservarea individului, iar absenţa lui nu are repercusiuni vitale asupra propriului corp, ci numai asupra

relaţiilor organismului cu mediul. De aceea motivaţia sexuală, „nehomeostatică", este mai greu de definit decît motivaţiile „homeostatice" — foamea şi setea (32).

COMPONENTA DIRECŢIONALĂ A MOTIVAŢIEI SEXUALE

A doua latură a motivaţiei sexuale este *componenta „direcţională"*, care asigură orientarea normală (cu numeroase variante) sau orientarea patologică, în funcţie de doi factori (43) :

a) natura stimulului declanşant ;

b) experienţa individuală sau, mai precis, personalitatea organismului, formată sub influenţa experienţei individuale şi a genotipului.

Organismul, după ce se naşte, îşi structurează propriul mediu în timp ce se dezvoltă ca organism, astfel că la maturitate personalitatea sa se interpune între stimulii care acţionează şi răspunsurile pe care le solicită din partea sa şi care conferă comportamentului trăsăturile individuale şi dimensiunea „istorică".

Direcţia motivaţiei se formează în cursul vieţii (75). Izolarea în cursul ontogenezei tulbură profund comportamentul sexual propriu-zis la masculii de specii foarte diferite [maimuţă (Harlow, 1965) ; pisică (Rosenblatt, 1965) ; şobolan (Gerall, 1967) ; om (Rosenblatt, 1958 ; Harlow, 1962)]. Mai mult, Harlow (1962) arată că maimuţele crescute perechi, dar în lipsa mamei sau a altor adulţi, trăiesc împreună „ca fraţii şi surorile", prezentînd un comportament sexual ineficient, infantil. La vîrsta adultă, contactul acestor deprivaţi sociali cu femelele şi, respectiv, masculii cu experienţă sexuală nu duce decît la lupte violente şi respingeri (35). Nu putem nega însă posibilitatea ca o acuplare întîmplătoare să declanşeze un comportament sexual normal.

Stimulii externi care declanşează un comportament sexual adecvat la animalele adulte (de exemplu, mirosul femelei receptive pentru şobolanul mascul) nu sînt stimuli înnăscuţi, deoarece nu au efect decît asupra animalelor care în prealabil au avut experienţa unui comportament heterosexual normal (Carr şi colab., citat de 43).

Totuşi este posibil (deşi nu este dovedit) ca şi componenta direcţională a motivaţiei sexuale să aibă şi unele elemente înnăscute (75). Nu se pot face analogii valabile între om, alte mamifere şi păsări ; totuşi merită să citäm unele experienţe. Astfel păsările tinere se ataşează, ireversibil, de prima fiinţă vie pe care o întîlnesc, dacă aceasta are o anumită talie şi emite anumite sunete (30). Lorentz (citat de Geier, 1963), stînd aplecat şi emiţînd strigăte de canar, şi-a putut ataşa, ireversibil, un canar tînăr. Se pare, deci că motivaţia la păsările nounăscute este deja direcţională, însă nedefinit, avînd exigenţe abstracte, tematice. Concretizarea (chiar artificială, eronată) constituie fenomenul de „amprentă" şi rămîne obligatorie pentru restul vieţii (30).

La mamifere, dovedirea rolului hotărîtor al androgenilor în diferenţierea sexuală a sistemului nervos central pune problema dacă în momentul naşterii nu există deja o psihosexualitate predeterminată de tip femel sau mascul, şi nu psihologic neutră (Young, 1964).

Sexul este definit la diverse niveluri : genetic-cromozomial, gonadal, gonoforic (genital intern), genital extern, somatic, hormonal, pubertar şi psihologic (26).

Diferenţierea morfofuncţională normală din punctele de vedere cromozomial, gonadal şi gonoforic nu este suficientă pentru un comportament heterosexual normal la adulţi. Astfel, cunoştinţa apartenenţei la un sex *[Geschlechtbewustsein* (Völkel, 1963)], adică sexul psihologic, se stabileşte înainte de maturarea anatomică şi hormonală, înainte ca omul să fie capabil de un act sexual, prin acţiunea mediului (inclusiv prin observarea propriilor organe genitale externe).

Cunoştinţa sexului se va exprima precoce, în primul rînd în îmbrăcămintea diferită. Cunoştinţa sexului se stabileşte la 2 ani (la 18—30 de luni), dacă nu există ambiguitatea părinţilor (115). De la această vîrstă, orice încercare de a o schimba antrenează tulburări psihice cronice (78). Deşi în domeniul psihic nu s-a reuşit să se stabilească deosebiri evidente între cele două sexe (1), în fiecare cultură există o serie de particularităţi considerate tipic ideale pentru un anumit sex. În măsura în

care aceste particularităţi au fost trăite de copil, se structurează rolul sexual [*Geschlechtsrolle* (Völkel, 1963)] jucat de individ în comunitate (de exemplu, participarea la jocuri diferite pentru fete sau pentru băieţi), rol ce se va întregi cu începerea actelor sexuale propriu-zise. Orientarea sexuală (Völkel, 1963) va dirija aceste acte fie spre sexul opus, fie spre acelaşi sex, în scopul satisfacerii motivaţiei. Deviaţiile sexuale (tip homosexuali, transvestiţi) şi o serie de tulburări (o parte din tulburările de potenţă, de libido) au ca primă cauză o alterare a raportului normal între conştiinţa sexului, rolul sexual şi orientarea sexuală ; deci acestea sînt deficite de sex psihologic şi social, prin influenţa negativă a condiţiilor de dezvoltare din copilărie şi nu au substratul neuroendocrin alterat. Studiile lui Bleuler (1954) efectuate asupra homosexualilor şi ale lui Overzier (1955) asupra transvestiţilor arată că nu există dereglări hormonale şi nici tulburări genotipice ale sexului cromozomial (13, 113).

Există deci suficiente argumente care pledează că motivaţia sexuală, prin componenta ei direcţională, se formează în cursul vieţii, în procesul de învăţare.

Această componentă direcţională a comportamentului oferă o explicaţie posibilă fenomenului psihanalitic de „sublimare", conform căruia energia unei motivaţii sexuale puternice se poate consuma în alt tip de comportament, nesexual, dar creator de valori materiale, spirituale etc. (75).

★

Sintetizînd (75), motivaţia sexuală, cu latura ei energizantă — cantitativă — şi cea direcţională — calitativă —, se formează prin acţiunea unor factori înnăscuţi (în primul rînd hormonali) şi a unor factori dobîndiţi prin experienţa de viaţă. Factorii înnăscuţi sînt absolut necesari, dar nu suficienţi, pentru a determina un comportament sexual ; ei determină intensitatea iniţială a motivaţiei. În cazul comportamentelor homeostatice (de alimentare, de aport de lichide), componenta înnăscută a motivaţiei predomină. Factorii dobîndiţi, experienţa, „istoria" orga-

nismului asigură orientarea motivației. În cazul unui comportament nehomeostatic, de tipul celui sexual, care trebuie să asigure echilibrul organism-mediu, prin conservarea speciei, caracteristicile dobîndite ale motivației joacă un rol foarte important.

Trezirea motivației sexuale este realizată de contextul factorilor din mediul extern, prezenți sau imaginari, în raport cu aferențele de situație, cu experiența anterioară, ereditatea, factorii hormonali, nivelul stării de veghe.

Rezultanta interacțiunii acestor factori este *starea de motivație sexuală la un moment dat*, care precedă în timp programarea secvențelor comportamentale de către structurile efectorii (43).

Rezultatele activității comportamentale sexuale reprezintă o „categorie fiziologică independentă" (2). Compararea lor cu cele prevăzute în cursul programării și execuției secvențelor comportametale va determina o reîntărire *(reinforcement)*, pozitivă sau negativă, o modificare cantitativă și calitativă a stării de motivație. Psihologia experimentală a evidențiat trei componente ale procesului de reîntărire pozitivă sau negativă (3, 43) :

a) O componentă asigură sațietatea, satisfacerea motivației sexuale, cu alte cuvinte consumarea energiei motivației, și reprezintă un efect de durată medie. Satisfacerea motivației sexuale se datorește (după Grossman, 1967) nu îndeplinirii unei nevoi fiziologice, ci oboselii și epuizării rezervelor energetice și psihice în cursul actului sexual și, probabil, unor mecanisme analoge procesului de obișnuință. Alți autori (Sawyer, 1959 ; Magoun, 1963) consideră că sațietatea este o expresie a inhibiției interne, care iradiază din sistemul talamo-cortical și se explică, bioelectric, prin sincronizarea ritmurilor cerebrale, întîlnită atît după *coitus* (postefectul Kawakami-Sawyer, 1959), cît și după alimentarea unui animal flămînd sau însetat.

b) A doua componentă contribuie la maturizarea stării de motivație în cursul vieții (efect de lungă durată) și constituie *continuumul motivațional sexual*, care se manifestă sub forma *continuumului comportamental sexual*, iar manifestarea sa depinde și de celelalte stări de motivație, de alt ordin.

c) A treia componentă va facilita (sau îngreuia) înlănțuirea elementelor componente ale comportamentului sexual (efect de scurtă durată) și contribuie la perfecționarea actului motor, copulator, propriu-zis.

Independența motivației sexuale de procesul reproducerii este numai relativă. Comportamentul sexual este corelat mai strîns de gratificațiile agreabile psihologice pe care le oferă copulația, decît de nevoia de perpetuare a speciei ; acest fapt nu este un argument pentru ruperea motivației sexuale de rolul ei fiziologic, deoarece orice comportament este dirijat de motivații, de factorul psihologic, și nu direct de nevoia fiziologică care l-a generat (1). Să nu uităm că există și comportament emoțional (32) și că, înainte de realizarea efectivă a unui comportament (înaintea fazei „consumatoare"), are loc o fază *„apetitivă"*, psihoemoțională (11). Această fază „apetitivă" persistă la oameni și după ce capacitatea lor de reproducere a dispărut și chiar după ce devin incapabili (este vorba de bărbați) de a realiza efectiv faza „consumatoare".

La oameni, studiul comportamentului sexual este mult complicat, pe de o parte de sentimentul de dragoste, care însoțește de multe ori acest comportament, iar pe de altă parte, de folosirea simbolică a actului sexual. (Deoarece aspectul social domină viața psihică și materială a oamenilor, ei folosesc promisiunea, efectuarea sau refuzul actului sexual pentru a răsplăti, încuraja, domina, consola, dezarma, mitui) (101).

După acest sumar al datelor furnizate de psihologia experimentală, necesar pentru a prezenta datele neurofiziologiei și endocrinologiei asupra mecanismelor fiziologice care deservesc comportamentul sexual, putem defini *motivația sexuală drept un complex psihic* (în care elementele dobîndite au rolul hotărîtor) — *cu componenta dinamogenă și direcțională —, determinat de existența unor condiții organice interne* (anumite structuri nervoase, contextul hormonal) *și de acțiunea unor stimuli externi, care, în funcție de experiența individuală, determină o secvență de răspunsuri direct asociate cu copulația.*

FACTORUL GENETIC ŞI COMPORTAMENTUL SEXUAL

Am menţionat deja controversele care există în aprecierea raportului dintre componenta înnăscută şi cea dobîndită în motivaţia sexuală.

Datele genetice arată că modelul comportamentului sexual nu se moşteneşte ca un caracter unitar ; se transmit numai unele părţi componente elementare ale răspunsului sexual şi vigoarea manifestării lor : de exemplu, latenţa ejaculării, erecţia, frecvenţa acuplării la mascul, intensitatea lordozei, responsivitatea la estrogenii injectaţi la femele etc. (studii pe tulpini pure de cobai — tulpinile 2 şi 12 — efectuate de Goy) (83).

Ereditatea este autozomală, de tip *sex-limited* sau *sex-influenced* şi poligenică. (Genele *sex-limited* fixează limita superioară pentru componentele independente masculine şi feminine ale comportamentului sexual) (83).

Studiul intersexualităţii la om (74, 86, 88) arată că tipul comportamentului asociat anomaliilor morfologice ale aparatului reproducător depinde mai mult de caracteristicile funcţionale hormonale ale gonadelor care se dezvoltă, decît de anomaliile cromozomiale în sine. Se pare că există o tendinţă spontană spre sexualizarea feminină, întrucît în ageneziile ovariene (sindrom Turner) orientarea sexuală şi libidoul sînt normale şi de tip feminin, dar diminuate. Mai greu de explicat prin rolul organizaţional androgenic este sindromul testicului feminizant, în care intervine şi receptivitatea tisulară (ipoteza Goven, 1961).

În concluzie, componenta înnăscută a unor mecanisme care deservesc motivaţia sexuală este dovedită cert la animale şi cu dovezi indirecte la om. Pe baza acestor mecanisme se fac condiţionări noi, se direcţionează şi se maturează motivaţia sexuală în cursul vieţii (75).

HORMONII ŞI COMPORTAMENTUL SEXUAL

Dependenţa comportamentului sexual al mamiferelor subprimate de hormoni sexuali este absolută — atît la masculi, cît şi la femele —, acestea prezentînd un comportament sexual numai în estru. Modelele comportamentului sexual dispar în urma castrării şi reapar la administrarea de estrogeni (cu sau fără progesteron, în funcţie de specie) şi, respectiv, androgeni.

1. INDEPENDENŢA RELATIVĂ A PRIMATELOR DE HORMONII SEXUALI

Cu cît este mai înalt ordinul mamiferelor, manifestarea comportamentul sexual capătă independenţă de factorul hormonal. Pentru om şi în general pentru primate, hormonii sexuali sînt *necesari* (peste o anumită doză-prag) pentru un comportament sexual complet, dar nu sînt suficienţi nici pentru declanşarea lui, şi nici pentru direcţionarea spre una din variantele normale sau patologice [vezi studiul efectuat asupra masculilor crescuţi izolaţi (31, 35, 36, 97) şi a deviaţiilor sexuale umane fără tulburări hormonale (12, 13, 78, 85, 111, 113)].

Femelele primate nu au perioade bine definite de estru şi copulează în tot cursul ciclului. Comportamentul lor sexual are o independenţă aproape totală de estrogenii şi progesteronul ovarian. Ovariectomia la om (48) sau la maimuţe (115) şi administrarea consecutivă de hormoni ovarieni influenţează comportamentul sexual relativ slab, comparativ cu subprimatele. La femeie, libidoul pare să depindă mai mult de androgenii suprarenali, decît de ciclul ovarian (78, 114). Totuşi, studii recente arată că numărul copulaţiilor la maimuţe depinde de faza ciclului menstrual (68), scăzînd în faza luteală (69, 72), datorită scăderii atractivităţii sau receptivităţii sexuale a femelei (70). Progresul ethologiei primatelor a permis să se deosebească două componente ale comportamentului sexual şi anume :

a) „atractivitatea sexuală" sau capacitatea femelei de a determina masculii la copulare (măsurată prin rata de succes al femelei, adică proporţia în care invitaţiile sexuale făcute masculului au determinat o copulare faţă de totalul încercărilor) (70) ;

b) „receptivitatea sexuală" (responsivitatea) care reprezintă tendința femelei de a se angaja voluntar în copulație (măsurată prin rata de succes al masculului, adică proporția încercărilor de copulare ale masculului acceptate de femelă, față de totalul încercărilor) (70).

Acest ritm este abolit de ovariectomia bilaterală (71). Premenstrual și, uneori în timpul ovulației excitabilitatea sexuală este crescută (24), hormonii sexuali influențînd selectiv atractivitatea sau receptivitatea sexuală a femelei (40, 41, 73, 110). Aceste date confirmă cercetări mai vechi [Davis, 1929 ; Tinklepau, 1933 (citat de 24) ; Ford, Beach, 1951] asupra creșterii dorinței sexuale a femeilor premenstrual.

La masculii adulți (primate, inclusiv omul), prezența androgenilor este necesară pentru realizarea fazei consumatoare a comportamentului sexual (Money, 1961, citează însă excepții ; un caz de anorhidie cu comportament sexual normal, dar fără ejaculare, și bărbați castrați, tot cu comportament sexual normal). În general, castrarea masculilor diminuează gradat comportamentul sexual (de la săptămîni la ani), ordinea pierderii funcțiilor fiind : ejacularea (indicatorul cel mai sensibil), apoi intromisiunea, iar ultima erecția (89). Administrarea androgenilor determină reapariția comportamentului sexual în ordine inversă. La oameni hipogonadici, la care terapia de substituție se întrerupe periodic (79), se constată că androgenii nu intervin numai în maturarea morfologică a organelor sexuale, ci direct asupra imaginației, senzațiilor, inițiativei și acțiunilor erotice (asupra eroticismului activ). În ceea ce privește doza-prag de hormoni necesară manifestării unui comportament sexual normal și în legătură cu factorul timp vom reveni ulterior.

La om, importanța factorilor psihologici și sociali poate masca aproape complet efectul hormonilor asupra comportamentului sexual [vezi cazul prezentat de Völkel în 1963 (111)].

II. EFECTUL COMPORTAMENTAL AL HORMONILOR SEXUALI

Diferitele tipuri de hormoni sexuali (androgenii, estrogenii, progesteronul) au roluri de asemenea diferite în manifestarea comportamentului sexual, iar efectul lor nu

este același asupra organismului în perioada de diferențiere și asupra adultului. În perioada diferențierii, aceștia „organizează" modelele comportamentului sexual, iar la pubertate „activează" modelele formate anterior (Young, 1964). În plus, sînt factorii care asigură tipul morfologic general și dezvoltarea organelor genitale conform sexului, ceea ce influențează puternic, prin intermediul factorilor psihologici și sociali, maturarea comportamentului sexual (79).

A. ANDROGENII

1. Rolul „organizațional" al androgenilor

Dintre toți hormonii, numai androgenii au capacitatea de organizare a modelului comportamental sexual. Acționînd asupra organismului nediferențiat psihosexual prenatal, iar la subprimate postnatal precoce (6), ei *diferențiază un comportament sexual masculin*, care se va manifesta numai după pubertate, cînd există un nivel hormonal „de activare" adecvat. În plus, androgenii determină unele caractere sociale nelegate direct de copulare : agresivitate, tendința la inițiativă și dominație (116). Modificările hipotalamice (56, 88) par responsabile de aceste efecte.

Alte țesuturi, în special tractul genital, se diferențiază masculin în aceeași perioadă tot sub acțiunea androgenilor. (Androgenii, administrați unei femele genetic, pot provoca un pseudohermafroditism, pe cînd absența lor determină evoluția spontană spre o morfologie genitală feminină). Intervenția androgenilor în morfogeneza tractului genital este independentă, pînă la o anumită doză, de efectul lor de organizare a comportamentului sexual, deși se asociază în timp (38). La femelele-șobolan este suficientă o injecție unică de testosteron în ziua a 4-a de la naștere pentru a dispărea complet comportamentul sexual de tip feminin cînd devin adulți, chiar dacă administrăm estrogeni și progesteron în cantitate adecvată după ovariectomie. În schimb, testosteronul la aceste

adulte ovariectomizate va dezvolta un comportament sexual de tip masculin evident. Hipofiza și ovarul au totuși capacitatea funcțională potențială intactă (Harris, Levine, 1965). La om însă, prin intermediul factorilor psihologici și sociali, dezvoltarea morfologică a individului și mai ales a organelor genitale externe îi influențează profund comportamentul (Money, 1961), corectarea morfologică cît mai precoce fiind o primă obligație.

În lipsa androgenilor, se organizează un comportament sexual feminin, atît la femei genetic, cît și la masculi genetic, care au fost castrați precoce. Secreția gonadotropă este spontan ciclică. În același timp, tractul genital se va diferenția spontan feminin (vezi sindromul Turner). Deci, *organizarea unui comportament sexual femel* depinde mai degrabă de absența androgenilor, decît de prezența hormonilor estrogenici și progesteronici ; aceștia din urmă, peste o anumită doză, sînt chiar dăunători în perioada de diferențiere, la ambele sexe (88). Experimentele cu substanțe antiandrogene de tip Cyproteron-acetat ® (12-metil-6-cloro, 6-17-hidroxiprogesteron-acetat), deși controversate încă (9), par să confirme aceste date (88).

Organizarea comportamentului sexual, fiind dependentă de cantitatea de androgeni într-o anumită perioadă a diferențierii, nu este un fenomen „tot sau nimic", nu se va imprima (cel puțin la subprimate) numai un model tipic masculin sau feminin, ci vor apărea numeroase tipuri intermediare (Phoenix, Goy, Young, 1967). La primatele subumane, acest potențial bisexual este mai evident la masculi (88).

Extrapolarea acestor date la om trebuie făcută cu prudență (75, 76). Nu putem nega posibilitatea (întrevăzută de Freud) ca la naștere să existe deja o psihosexualitate predeterminată de acțiunea androgenilor fetali și nu psihologic neutră, și ca factorii de mediu să mascheze și să domine (Young, 1964 ; Diamond, 1965 — citat de Wyk). Totuși, la om, experiența dobîndită în cursul vieții are rolul esențial în dezvoltarea unui model comportamental și în generarea nepotrivirilor psihosexuale (78, 111). Studiind hermafroditii, Money și Hampson (1957) arată că direcția impulsului corespunde fundamental sexului

în care au fost crescuți. Sindromul testiculului feminizant, ca și existența unor cazuri de sindrom adrenogenital la femei cu ciclu menstrual păstrat (108), arată că factorul hormonal în perioada fetală nu poate explica pe deplin comportamentul sexual uman. Deci rolul androgenilor în organizarea comportamentului sexual uman este încă obscur, dar posibil.

2. Rolul „activator" al androgenilor

De la pubertate, androgenii au rolul de a „activa" modelele de comportament diferențiate în perioada fetală sau de nou-născut, indiferent de faptul că sînt modele masculine sau feminine și independent de sexul genetic.

a) Rolul androgenilor la bărbați a fost deja prezentat mai înainte.

b) Androgenii par responsabili și de comportamentul sexual feminin (estrogenii avînd rol redus). La primate (maimuța *Rhesus*) ovariectomizate, testosteronul crește „receptivitatea" femelei pînă la un comportament agresiv, în schimb „atractivitatea" rămîne scăzută (41, 110). La femeie (om), androgenii exogeni cresc dorința sexuală mai eficient decît estrogenii (studii efectuate încă din 1938), efect observat în terapia cancerelor mamare, sindromul Simmonds sau boala Addison (29) ; de asemenea, androgenii hipertrofiază clitorisul și-i crește sensibilitatea (Salmon, 1943). Fiziologic, acest rol este jucat, probabil, de androgenii suprarenali, care sînt secretați în cantitate adecvată de la pubertate (114) ; o dovadă în acest sens este faptul că libidoul feminin nu scade după ovariectomie (48) sau întreruperea terapiei de substituție cu estrogeni (7, 46), dar scade la asocierea adrenalectomiei (112) sau hipofizectomiei (52) cu ovariectomia. Din această cauză, derivații androgenici sînt adjuvanți prețioși în terapia frigidității (Lloyd, 1968).

B. ESTROGENII

La primate estrogenii asigură :

a) Pubertal, maturarea tractului reproductiv și feminizarea morfologică a corpului.

b) Menţinerea secreţiilor lubrifiante ale vaginului, care ajută copulaţia (Salmon, 1943).

c) Estrogenii sînt corelaţi mai mult cu funcţia gestagenă, reproductivă, decît cu comportamentul sexual (Kimmsey, 1953 ; Money, 1961 ; Young, Goy, Phoeniy, 1964). La femei se pare că reprezintă şi cheia declanşării pubertăţii (Ramirez, Sawyer, 1965 ; Corbin, Daniels, 1967).

d) Estrogenii nu au un rol „organizaţional" al comportamentului sexual femel. La femelele primate adulte, estrogenii cresc „atractivitatea sexuală" şi, în mai mică măsură, „receptivitatea" (Trimble, Herbert, 1968). S-au obţinut succese cu terapia cu estrogeni în frigiditatea femeii hipogonadice (Lloyd, 1968). La bărbaţi, estrogenii nu au efect sau (după Money) determină scăderea libidoului (78).

C. PROGESTERONUL

Progesteronul are acţiune dublă : pe de o parte, inhibează comportamentul sexual feminin [cel puţin la subprimate şi la primatele subumane, în faza luteală a ciclului (70) sau cînd este administrat exogen (72)] şi scade activitatea şi/sau capacitatea sexuală a partenerului mascul, la primatele subumane (69, 71) ; pe de altă parte, este sinergic cu estrogenii în activarea modelelor de comportament feminin preexistente, la unele specii subprimate adulte (rozătoare tip şobolan) (99).

Acest dublu rol se explică prin mai multe fenomene. Actualmente, avem dovezi că progesteronul inhibează specific activitatea neuronilor hipotalamici implicaţi în comportamentul sexual (99). S-ar putea ca sinergia cu estrogenii să se datoreze unei inhibiţii a inhibiţiei (75).

D. HORMONII GONADOTROPI

Gonadotropii par să influenţeze comportamentul sexual numai indirect, prin controlul secreţiei hormonilor sexuali gonadici. *Feed-back*-ul „intern" al hormonului luteinizant (16, 20, 27, 92, 109), ca şi capacitatea hormonului luteinizant (LH) de a provoca pe EEG reacţii caracteristice comportamentului sexual postcoital (45) pun problema intervenţiei gonadotropilor în mecanismul saţietăţii (75, 76).

E. PROGESTATIVELE DE SINTEZĂ

Aceste substanţe (derivaţi de 19-nortestosteron sau 17-hidroxiprogesteron), folosite în scopuri anticoncepţionale (combinate sau nu cu estrogeni sintetici), influenţează comportamentul sexual în mod asemănător hormonilor sexuali din care derivă. Practic, se consideră scăderea libidoului pe termen lung, drept semn al unui efect progesteronic, care cere schimbarea anticoncepţionalului cu un preparat mai puternic estrogenic. De obicei, numărul raporturilor sexuale creşte în perioada administrării, datorită siguranţei, ca şi senzaţiei de bine provocate de efectele tonice şi anabolice ale progestativelor (106).

Se pune problema dacă progestativele de sinteză administrate femeii nu influenţează activitatea sexuală şi ejaculaţia bărbatului-partener.

III. INFLUENŢAREA COMPORTAMENTULUI SEXUAL AL PARTENERULUI MASCUL DE CĂTRE BILANŢUL HORMONAL AL FEMELEI

Cercetări recente asupra maimuţelor *Rhesus* susţin această influenţă.

Masculii *Rhesus* au comportamentul sexual ritmat după ciclul menstrual al partenerelor femele (70), ritmuri absente după ovariectomia bilaterală (R. Michael şi colab., 1963, 1964) ; administrarea de progesteron (69, 72) şi, respectiv, de estrogeni (71, 73) sau de testosteron femelelor (110) modifică comportamentul sexual al masculilor, pînă la lipsa ejaculării, în prezenţa unor femele progesteronizate (69).

R. Michael, în 1966, relatează pierderea facultăţii de ejaculare la maimuţele *Rhesus* masculi, după administrarea de progesteron partenerelor lor.

Experimentările au fost efectuate pe un număr mic de perechi de maimuţe, dar cercetări similare şi demne de încredere asupra omului încă nu s-au făcut.

IV. PRAGUL HORMONAL, FACTORUL TIMP, RECEPTIVITATEA ORGANULUI-ŢINTĂ

Libidoul nu se accentuează paralel cu creşterea dozei de hormoni sexuali administraţi, iar peste o anumită doză efectul obţinut poate fi invers celui dorit [vezi experimentele cantitative pe maimuţe (Herbert, Trimble, 1967, 1968)] ; la bărbaţii normali, excesul de androgeni exogeni nu are efect ; la femeile normale, excesul androgenic determină virilizare, şi nu hipersexualitate (57).

Există deci un prag minim hormonal, optim, şi unul maxim, la limita nocivităţii.

Terapia androgenică de durată dezvoltă un grad de toleranţă hormonală la ambele sexe, după o primă perioadă de exagerare peste normal a comportamentului sexual propriu-zis (46).

Terenul, receptivitatea tisulară explică diferenţele individuale ale efectului hormonal ; de exemplu, în patologie, falsele femei (cu testicul feminizant) au o mare rezistenţă la terapia cu testosteron (Wilkins).

V. ACŢIUNEA CELORLALŢI HORMONI, NESEXUALI, ASUPRA COMPORTAMENTULUI SEXUAL

Numeroşi hormoni influenţează, direct, comportamentul sexual prin intermediul creşterii şi dezvoltării fizice şi intelectuale, modificării temperamentului şi reactivităţii generale sau modificînd secreţia hormonilor sexuali.

Steroizii nesexuali în exces (DOCA, cortizon), scad marcat activitatea sexuală a masculului şobolan (Soulairac, citat de 75), iar clinica bolii Cushing pune în evidenţă tulburări de dinamică sexuală în 74% din cazuri şi impotenţă sexuală în 18% (St. M. Milcu, T. Stoica — 77), o dată cu o hipofuncţie androgenică testiculară (107). Mai mult, excesul de ACTH pare să scadă diferenţiat numai latenţa ejaculării şi numărul intromisiunilor, pe cînd triiodotironina are un efect invers. În hipertiroidismul moderat, creşte libidoul şi apar ejaculările precoce, iar în formele severe, în tireotoxicoză, diminuează marcat, pînă la impotenţă.

Mecanismul prin care hormonii sexuali influenţează comportamentul sexual constă, în primul rînd, în modificarea reactivităţii unor structuri nervoase centrale, de aceea va fi tratat la capitolul „Mecanismele neuroendocrine ale comportamentului sexual".

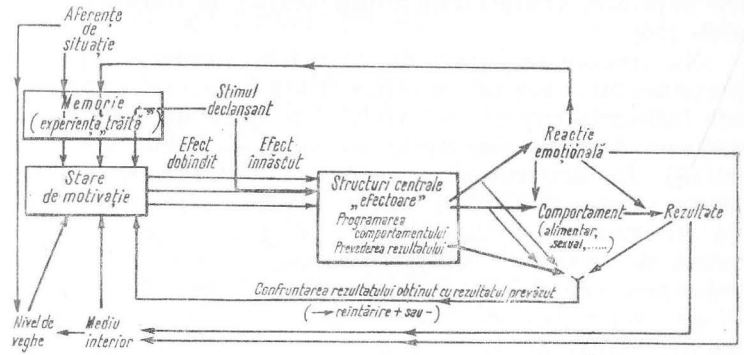


Fig. 6. — Schemă indicînd factorii principali care participă la elaborarea „stărilor de motivaţie" şi a secvenţelor comportamentale.

ROLUL SISTEMULUI NERVOS CENTRAL ÎN COMPORTAMENTUL SEXUAL

Rolul sistemului nervos central este evident la mai multe niveluri (76).

Cantitatea şi direcţia motivaţiei sexuale sînt în funcţie directă de activitatea unor circuite nervoase centrale hipotalamo-limbico-corticale. Excitarea electrică directă poate determina efectuarea unor elemente parţiale, dar esenţiale ale răspunsului sexual [de exemplu, ejaculări cu activare somato-viscero-motorie la maimuţă (95), atitudine de acuplare (25), erecţii (54) etc.], iar diverse leziuni pot duce la activitate „hipersexuală" [sindrom Kluver-Buky sau leziuni hipotalamice (Lisk, 1966)]. În cursul activităţii sexuale normale sau la stimularea artificială a vaginului şi a colului uterin, apar în aceste zone, precizate, ale sistemului nervos central (S.N.C.) modificări electroencefalografice caracteristice („postreacţia EEG"), ca expresie a activării acestor zone pe căi înnăscute şi dobîndite. Circuitele nervoase ale motivaţiei sexuale nu sînt delimitate strict anatomic şi nu sînt aproape de loc

definite chimic [cu excepţia căii aminergice de inhibiţie a comportamentului estral (Meyerson) (64, 65)]. Există un grad considerabil de uniformitate în circuitele neuronale ale expresiei comportamentului sexual la masculi şi femele (56).

Nu trebuie să uităm că circuitele nervoase ale comportamentului sexual se diferenţiază în cursul ontogeniei sub influenţa experienţei vieţii şi a hormonilor [prin mecanisme de reîntărire *(reinforcement)* — pozitivă sau negativă]. În determinarea „hipersexualităţii" şi a altor efecte comportamentale experimentale, experienţa sexuală anterioară a individului are un rol esenţial. Desigur, există şi circuite înnăscute, pe baza cărora se face condiţionarea celor dobîndite, circuite diferenţiate în cursul filogenezei şi transmise genetic (76). De la naştere există „centri" pentru fiecare dintre elementele disparate ale răspunsului sexual, ceea ce face ca lordoza, erecţia, ejacularea să poată apărea ocazional şi înainte de pubertate (Beach, 1967 ; Money, 1961).

În 1964, apariţia „postefectului EEG" a putut fi declanşată de un excitant indiferent, cu ton neutru, după asocierea lui prealabilă cu stimularea septului (folosită drept excitant necondiţionat) (46). Acest experiment arată modul în care se întrepătrund mecanismele înnăscute cu excitanţii din mediu condiţionaţi, învăţaţi ulterior. Elementele parţiale ale răspunsului sexual (erecţii, ejaculare, lordoză), care pot apărea înainte de pubertate, precum şi la adult în afara unui comportament sexual propriu-zis (Beach, 1967), vor constitui un comportament sexual adevărat numai prin coordonarea lor de către circuitele nervoase, în mare parte consolidate în procesul de învăţare, după naştere. Aceste circuite asigură energetizarea, direcţionarea şi eficienţa motivaţiei sexuale.

CENTRII MOTIVAŢIEI SEXUALE

Hipotalamusul este considerat, în teorii relativ recente, centrul motivaţiei sexuale [teoria multifactorială (Ysellar, 1945)], fără ca rolul său preponderent faţă de mecanismele extrahipotalamice să fie dovedit cert. Lezarea structurilor extrahipotalamice poate duce la hipersexualitate

[leziuni de lob temporal, de amigdală, de hipocamp (94)] sau la pubertate precoce (17) ; unele stimulări electrice determină răspunsuri sexuale parţiale (erecţii, ejaculări etc.), iar în cursul actului sexual, în sistemul limbic, apar modele EEG caracteristice (44, 45).

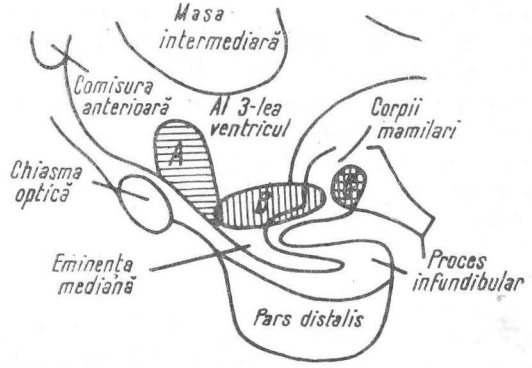


Fig. 7. — Centrii motivaţiei sexuale (vezi explicaţii în text).

Leziuni mici la nivelul hipotalamusului, implantări locale de hormoni, excitări electrice produc efecte mult mai mari decît în orice altă zonă a sistemului nervos central. Aceste efecte se pot datora însă şi poziţiei anatomice a hipotalamusului, el constituind şi o cale de pasaj (Grossman, 1967) (32).

În interiorul hipotalamusului s-au putut separa două zone de activare a comportamentului sexual, iar la unele specii şi o a treia zonă — de inhibiţie (56). Detaliile anatomice diferă cu specia.

A. În hipotalamusul anterior (zona preoptică) există un centru a cărui lezare *aboleşte comportamentul sexual, fără a modifica balanţa hormonală.* Tratamentul cu hormoni gonadotropi sau gonadici nu înlătură efectele negative. Studii autoradiografice (66, 67) şi implantări hormonale arată însă că această zonă este sensibilă la nivelul hormonilor sexuali din organism. Excitată electric (în condi-

— c. 1385

ţiile existenţei unui nivel minim hormonal), determină apariţia unui răspuns sexual în afara existenţei excitanţilor adecvaţi din mediu (Lisk, 1967). Hipotalamusul posterior este esenţial pentru comportamentul sexual numai la iepure ; la alte specii (şobolani masculi), hipotalamusul posterior se pare că este aşezat pe calea efectorie ; declanşează actul consumator al ejaculării, dar nu poate provoca motivaţia sexuală (Lisk, 1967) (56).

B. Lezarea hipotalamusului median (nucleul ventromedial şi eminenţa medială) abolește comportamentul sexual, simultan afectînd secreţia hormonilor sexuali. Apare atrofia gonadică şi de tract genital. Terapia hormonală înlătură atît efectele gonadice, cît şi tulburarea comportamentului sexual.

C. Un mecanism hipotalamic inhibitor a fost descoperit recent la unele specii : leziuni în hipotalamusul anterior, la cobai, sau în hipotalamusul posterior (regiunea mamilară), la şobolani, determină un comportament estral permanent la femelă şi o hipersexualitate la mascul (55). A treia zonă hipotalamică scade motivaţia unei conduite normale sau întăreşte mecanismele de retroaferentare ale saţietăţii (43).

Structurile limbice de facilitare şi, mai ales, de inhibiţie modulează reactivitatea structurilor hipotalamice (loc principal de acţiune a factorilor biologici). Sistemul limbic intervine în procesul de reîntîlnire *(reinforcing, reinforcement)* şi are drept punct de plecare răspunsurile sexuale executate efectiv în cursul vieţii. El va diferenţia o conduită heterosexuală adultă plecînd de la o sexualitate difuză, mai mult ambivalentă (Karli, 1963) (43).

Neocortexul, mai ales la om, influenţează profund fiziologia şi patologia comportamentului sexual. Efectele leziunilor corticale sînt cu atît mai grave, cu cît urcăm pe scara filogenetică. (La mamifere, o decorticare de 20% atrage tulburări severe, pe cînd la celelalte vertebrate chiar o decorticare completă abia modifică comportamentul sexual) (56).

La mamifere, numai masculii au absolută nevoie de cortexul cerebral (de ariile motorii, mai ales) pentru a-şi manifesta modelul comportamental. Femelele pot asigura reproducerea şi în absenţa totală a cortexului, dar desigur comportamentul lor sexual va fi deficitar, rudimentar. La femele, cortexul cerebral iniţiază reacţii de stingere (Lisk, 1967). Aceste deosebiri în funcţie de sex reflectă rolul activ al masculului în copulaţie, ceea ce reclamă un *feed-back* senzorial mai detaliat şi o coordonare motorie complexă (posibil efectuată la nivelul cortical).

La om, dat fiind rolul primordial al factorilor psihologici în activitatea sexuală, neocortexul cerebral, ca mecanism de integrare psihică şi socială, este esenţial în realizarea comportamentului sexual. Nepotrivirile psihosexuale [a căror frecvenţă este în creştere (Shainess, 1968) (99, 101)], frigiditatea şi impotenţa se datoresc, în majoritate, unor dereglări corticale.

Existenţa circuitelor hipotalamo-limbico-corticale nu exclude intervenţia altor zone ale sistemului nervos central în comportamentul sexual (56).

Măduva spinării integrează, sub formă de reflexe simple, unele elemente ale răspunsului sexual (de exemplu, erecţia), iar la animalele inferioare poate asigura un răspuns copulator complet. Aferenţele senzitivo-senzoriale, în ansamblu, influenţează puternic comportamentul sexual (15).

MECANISMELE NEUROENDOCRINE ALE COMPORTAMENTULUI SEXUAL

Mecanismele care asigură energizarea şi direcţionarea motivaţiei sexuale, traducerea acesteia într-un act efector, comportamentul sexual manifest, declanşarea de stimuli specifici din mediul extern, dezvoltarea cantitativă şi calitativă a motivaţiei în experienţa vieţii prin procesele de reîntărire pozitivă sau negativă — toate aceste mecanisme sînt nervoase sau, mai exact, neurobiochimice (76).

Activarea comportamentului sexual apare numai la organisme fizic pregătite pentru copulare. În pregătirea organismului intervin mecanisme hormonale și zestrea genetică. Nivelul hormonal este un factor necesar, dar nu suficient.

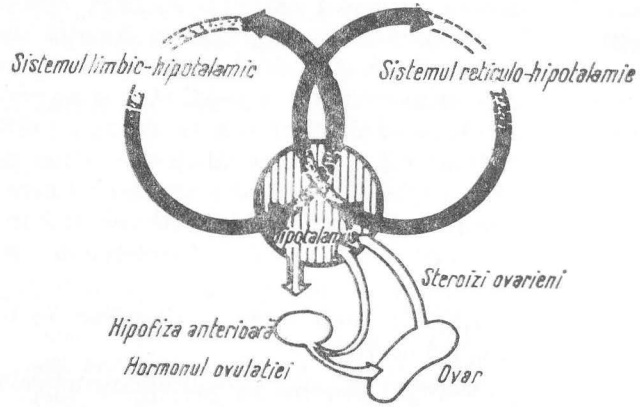


Fig. 8. — Schema interrelațiilor neuroendocrine între sistemul limbico-hipotalamic, reticulo-hipotalamic, hipofiza anterioară și gonade (după Sawyer, Kawakami și Kanematzu).

PRIMA INTEGRARE NERVOASĂ A STIMULILOR EXTERNI CU CEI INTERNI

Circuitul complex hipotalamo-limbico-cortical va asigura, în primul rînd, integrarea tuturor aferențelor externe (sosind pe calea reticulară, nespecifică, și pe căile specifice talamo-corticale) și interne (hormonale) (66) într-o forță motivațională sexuală (76).

„Trezirea" motivației sexuale este realizată numai de către stimuli specifici din mediul extern, prezenți sau imaginați (în primul rînd, de prezența partenerului). Răspunsul organismului la acești stimuli depinde de experiența anterioară, de ereditate și de factori chimici (hormoni sexuali). Factorii chimici nu pot declanșa singuri o stare motivațională, dar o pot facilita sau inhiba.

I. Orice *stimul din mediul extern* care poate evoca o senzație distinctă este potențial capabil să stimuleze motivația sexuală, fie pe calea mecanismelor nervoase înnăscute, fie prin „bătătorirea" unei noi căi. Legăturile înnăscute nu au rol esențial la organismul adult, dar pe baza lor se efectuează în cursul vieții condiționarea. Această condiționare se face, în primul rînd, pe baza unor variabile de natură emoțională (32).

Astfel, în cursul vieții, în procesul de învățare, stimulările senzoriale externe determină semnificația comportamentului sexual și motivația sexuală însăși.

Există trei grupe de stimuli externi (după Beach, 1951) :

a) Stimulii provenind direct de la indivizii de sex opus, care anunță prezența unei copulări potențiale sau realizarea ei. Sînt cei mai importanți stimuli și acționează direct asupra motivației sexuale.

b) Stimulii care predispun un organism pregătit sexual să răspundă la excitațiile care anunță o copulare potențială : sînt cei determinați de condițiile de mediu adecvate (de exemplu la unele specii, masculii au un teritoriu în afara căruia nu manifestă activitatea sexuală ; ei își apără teritoriul de alți masculi și respectă în general un teritoriu străin ; la unele animale, prezența unui spectator inhibează activitatea sexuală ; la altele aceasta apare numai în aglomerații). La submamifere este necesară prezența unor condiții materiale precise : suficient material pentru cuib, apropierea de o sursă de hrană etc.

La om, ponderea acestei categorii de stimuli este mai mare decît la orice alte viețuitoare, implicînd gradul de cultură, tradiția și moravurile societății în care trăiește, poziția socială a partenerului etc., caracterul și obiceiurile partenerului etc.

c) Stimulii care nu declanșează o motivație sexuală, dar ajută la dezvoltarea condițiilor fiziologice care o favorizează. Temperatura și lumina influențează secreția hormonală la multe specii (de exemplu, la păsări). La om acest grup de stimuli are influența cea mai mică.

În urma stimulării externe, la zonele de integrare sexuală sosesc aferenţe senzoriale specifice şi aferenţe nespecifice nestimulante, prin sistemul reticulat ascendent activator (ARAS) şi sistemul de protecţie difuză talamic (DTPS) şi prin sistemul ascendent dezactivator [(Neştianu, Coculescu, Vlad, 1965) şi (14)]. Căile reticulate asigură starea de veghe necesară percepţiei conştiente. Este greu de stabilit dacă o modalitate senzorială sau o cale aferentă are importanţă primordială faţă de alta. *La om* şi mamiferele superioare, toate simţurile sînt incriminate, nici unul nefiind absolut esenţial, cum se întîmplă la unele vertebrate inferioare (32). Bazată pe această nespecificitate relativă „de receptor" a aferenţelor „sexuale" a apărut *teoria lui Lindsley* (1951, 1960), care explică activarea motivaţiilor ca fiind o funcţie activată a sistemului reticulat ascendent, iar DTPS ar da specificitatea motivaţiei. Însă, între *arousal*-ul electrofiziologic şi aspectul energetizant al motivaţiei există o prăpastie încă netrecută (32). Acţionează întîi complexe de stimuli vizuali, auditivi (cuvîntul, cu importanţă caracteristică umană), iar după stabilirea contactului, stimulii tactili şi olfactivi capătă rol primordial. Contrar părerii generale, nici chiar la femelele care ovulează reflex în timpul copulaţiei, nici una din căile aferente de la organele genitale sau organele de simţ nu este absolut necesară pentru acest proces (Clegg, Doyle 1967). Anestezia locală, dezaferentarea, extirparea uterului sau a vaginului nu împiedică comportamentul sexual la om şi la multe specii de mamifere (Clegg, 1967 ; Lisk, 1967). Nu este mai puţin adevărat că în condiţii normale omul se fixează tot mai mult asupra stimulilor genitali, care devin obligatorii pentru comportamentul sexual propriu-zis (76).

Motivaţia sexuală persistă atîta timp cît există (sau sînt imaginate) suficiente informaţii asupra unui potenţial act sexual sau, mai bine-zis, asupra posibilităţii de provocare a emoţiilor agreabile care însoţesc, de obicei, faza consumatorie a comportamentului sexual (76).

II. *Condiţiile interne* necesare activării motivaţiei sexuale *sînt în primul rînd hormonale*. Hormonii sexuali influenţează comportamentul sexual pe două căi (76) :

a) asigură o anumită reactivitate a circuitelor nervoase centrale hipotalamo-limbico-corticale, indiferent dacă acestea intervin în reglarea secreţiei gonadotrope sau numai în generarea motivaţiei sexuale ;
b) asigură morfogeneza genitală şi somatică. De altfel, studii autoradiografice cu estrogeni marcaţi arată o captare selectivă în aria hipofizotropă hipotalamică, aria preoptică, sistemul limbic (septum) şi nucleu caudat, pe de o parte, şi uter şi vagin, pe de altă parte (66).

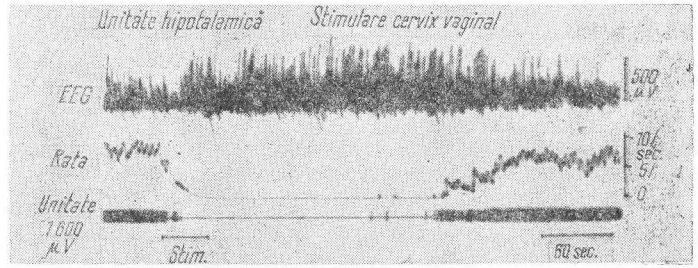


Fig. 9. — Postreacţie la stimularea vaginală, la şobolancă în proestru. Rata descărcării unităţii hipotalamice este inhibată pentru mai multe minute, în timp ce EEG arată unde lente de mare amplitudine. Anestezie cu uretan (după Ramirez şi colab., 1967).

La subprimate, hormonii sexuali organizează modelul comportamental sexual sau îl activează atunci cînd sînt implantaţi în S.N.C., chiar la doze care nu au efect asupra organelor genitale (87). Cantitativ, se poate măsura modificarea reactivităţii S.N.C. sub influenţa hormonilor, urmărind pragul „postreacţiei EEG" care însoţeşte copulaţia. „Postreacţia EEG" (44) apare numai la un anumit grad de impregnare estrogeno-progesteronică (45) în urma copulaţiei, a stimulării artificiale a vaginului sau a unor puncte din sistemul limbic ; fiecare tip de hormoni sexuali, inclusiv progestativele de sinteză (47), îi modifică caracteristic pragul de apariţie.

Specificitatea acţiunii steroizilor sexuali în funcţie de structura lor chimică este incomplet studiată. La subprimate, atît estrogenii, cît şi androgenii pot activa — la

ambele sexe — comportamentul sexual dacă sînt implantaţi hipotalamic (87) ; aceeaşi proprietate o au chiar unii agenţi chelatori (Fischer, 1966, citat de 42). Totuşi, implantele cu alţi steroizi (colesterol, progesteron) nu au acest efect (87). Studii începute în 1963 (5) indică pentru

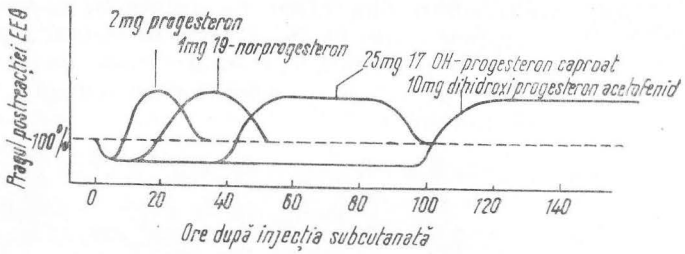


Fig. 10. — Efectul progesteronului şi al unor analogi cu durata lungă de acţiune asupra pragului postreacţiei EEG la iepuroaicele impregnate cu estrogeni (după Kawakami şi Sawyer).

progesteron (19) şi, mai recent, pentru LH (93) un efect specific de inhibiţie a neuronilor hipotalamici implicaţi în comportamentul sexual.

Maturizarea morfologică somatică, caracterele sexuale secundare sînt strict dependente de hormoni şi reprezintă o condiţie necesară erotismului adult. Organele copulatorii bine dezvoltate sînt necesare unui act sexual complet, iar maturizarea socială normală depinde de interacţiunea cu persoanele din jur (în primul rînd, cu cele de vîrstă apropiată), relaţii în care aspectul fizic reciproc contează [vezi „Studii asupra infantilismului sau precocităţii sexuale, a cazurilor cu ginecomastie sau malformaţii" (Money, 1961)].

Influenţa hormonilor sexuali asupra sensibilităţii organelor genitale, a receptivităţii genitale, este mult discutată. Clasic, se consideră că impregnarea estrogenică asigură sensibilitatea vaginului, iar androgenii, sensibilitatea clitorisului la femeie. Masters şi Johnson (1966), în urma experimentărilor pe oameni voluntari, neagă diferenţa dintre orgasmul vaginal şi cel clitoridian (60). Studii cantitative pe maimuţe arată că estrogenii aplicaţi

local cresc atractivitatea femelei, stimulînd interesul sexual al partenerului mascul. Receptivitatea femelei creşte numai la administrarea pe cale generală a estrogenilor. În schimb, testosteronul creşte receptivitatea femelei, atractivitatea ei rămînînd nemodificată, indiferent de calea de administrare ; de asemenea, creşte sensibilitatea clitoridiană [posibil şi printr-un efect central (Trimble, 1968)], însă nu proporţional cu hipertrofierea acestuia. După unii autori, la femeia adultă estrogenii nu au alt rol decît în lubrifierea vaginului, element adjuvant al copulaţiei, şi în proliferarea mucoasei uterine.

În concluzie, în diferenţierea progresivă a unei conduite heterosexuale adulte, rolul jucat de hormonii sexuali şi cel jucat de experienţa dobîndită se află într-o strînsă relaţie. Hormonii sexuali, prin dubla lor acţiune asupra reactivităţii structurilor nervoase centrale, pe de o parte, şi asupra morfogenezei genitale şi somatice, pe de altă parte, contribuie, în mare măsură, la crearea ansamblului de condiţii necesare diferenţierii şi consolidării unui comportament sexual, conform sexului genetic, sub influenţa experienţei sexuale proprii şi a experienţei mai generale, sociale.

III. *Circuitele nervoase ale emoţiei* se întrepătrund cu cele ale motivaţiei sexuale — atît la nivel hipotalamic, cît şi la nivel limbic (Grossman). Factorii emoţionali reprezintă un element de bază al formării şi dirijării motivaţiei sexuale prin rolul pe care îl au în procesele de reîntărire pozitivă sau negativă. Orgasmul la om are drept primă caracteristică o culminare a senzaţiilor şi emoţiilor care însoţesc actul sexual şi este urmat de un dezinteres în continuarea activităţii sexuale momentane, de euforie, gratitudine sau apreciere a partenerei. De la lipsa orgasmului feminin pînă la frigiditatea absolută există variate grade de răspunsuri comportamentale umane inadecvate (103, 104).

Expresia emoţiei (Papez) şi, parţial, experienţa emoţiei (83) sînt controlate de hipotalamus. Mecanismele limbice asigură *elaborarea* emoţiei şi formarea de „puncte" emoţionale („puncte de plăcere", „frică-furie", „frică-fugă", etc.). Activarea punctelor „frică-furie" facilitează achiziţionarea unui comportament de evitare, o reîntă-

rire negativă, pe cînd activarea punctelor „frică-fugă" nu intervine în acest proces (43) ; invers, punctele „plăcere" favorizează autostimulări locale și procesele de reîntărire pozitivă.

IV. *Mecanismele memoriei* sînt corelate cu circuitele motivației sexuale, în primul rînd la nivelul sistemului limbic. La om, structurile limbice de pe fața medială a lobului temporal (juxtaallocortex) asigură memoria recentă, iar cortexul prefrontal deservește memoria imediată ; memoria de lungă durată are o localizare difuză, necunoscută exact (Karlk, 1968). Teorii chimice consideră acizii nucleici drept posibile „molecule ale memoriei". În acest sens, citām ipoteza RNA (Hyden), ipoteza DNA (Gaito), ipoteza inductorilor enzimatici, ipoteza deplasării calciului (Owerton) etc.

Memorizarea datelor asigură păstrarea bagajului de experiență, compararea noilor stimuli cu cei anteriori și alimentează imaginația. Datorită imaginației, motivația sexuală poate persista la om și se poate activa chiar în absența unor excitanți corespunzători din mediul extern.

A DOUA INTEGRARE NERVOASĂ A DIFERITELOR TIPURI DE MOTIVAȚII COMPORTAMENTALE

Pe lîngă integrarea aferențelor extero- și interoceptive (în condițiile unui nivel hormonal corespunzător) cu informațiile memorizate și cu componenta emoțională într-o forță motivațională sexuală, sistemul nervos trebuie să realizeze o *a doua integrare* a acestei stări de motivație sexuală cu celelalte tipuri de motivații coexistente, pentru a fi elaborat acel tip de comportament care este mai adecvat momentului.

În circuitele hipotalamo-limbico-corticale, nu s-au putut delimita căi separate pentru fiecare tip de comportament. Dimpotrivă, aceiași nuclei sînt implicați în elaborarea unor motivații diverse. De exemplu : nucleul ventro-medial hipotalamic este „centrul" comportamentului sexual (Sawyer, 1960), „centrul" comportamentului alimentar [al sațietății (Hetherington, 1954)] și al *arousal*-ului emoțional (Wheatley, 1944), iar amigdala intervine în

motivația sexuală (Critchow), în comportamentul de alimentare cu apă (Crossman, 1963) și în *arousal*-ul emoțional (Bard). Are deci loc o competiție și o integrare a tuturor motivațiilor pentru a fi dat răspunsul adecvat.

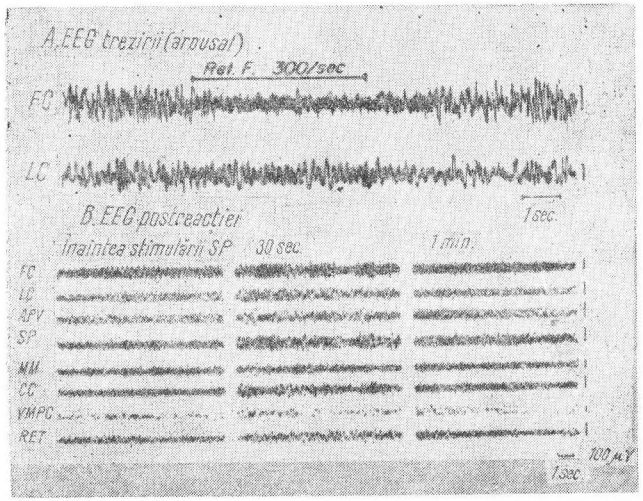


Fig. 11. — Înregistrări EEG ale trezirii (arousal) și postreacției consecutive stimulării cu înaltă frecvență a formației reticulate și, respectiv, cu joasă frecvență (5 c/sec., durata pulsului 0,5 msec ; aplicat 30 de secunde) *a septului. Canalele EEG ; FC — cortex* frontal ; *LC* — cortex limbic ; *APV* — nucleul anterior paraventricular (talamic) ; *SP* — septum ; *MM* — nucleii mamilari mediali *CC* — corpul calos ; *VHPC* — hipocampul ventral : *RET* — formația reticulată mezencefalică (după Sawyer și Kawakami).

CORELAȚIA COMPORTAMENTULUI SEXUAL CU REPRODUCEREA

Sistemul nervos asigură legătura dintre comportamentul sexual și fenomenele interne ale gametogenezei în ovar și testicul, adică asigură coordonarea reproducerii (94).

Hipotalamusul are un rol esențial în această coordonare, dar sistemul limbic (prin *limbic-miobrain-system* și *limbic-forebrain-system*, descrise de Nauta) (80) intervine, de asemenea, în acest proces. Complexul hipotalamo-hipofizar izolat menține secreția de bază a hormoni-

lor gonadici, tiroideni, corticosuprarenali (Halasz, 1965 ; 34), dar ovulația reflexă nu mai are loc și nici răspunsul hipofizei la excitanții psihici și emoționali.

Intervenția în coordonarea reproducerii are loc la mai multe niveluri :

a) *Debutul pubertății* (pubertatea fiind stadiul dezvoltării în care este atinsă capacitatea de reproducere) (17) se pare că se datorește unei reduceri a senzitivității neuronilor hipotalamici la efectele *feed-back*-ului negativ al hormonilor gonadici. Ca urmare are loc principalul stimul al pubertății : creșterea secreției de FSH (Critchlow, 1967). Cheia declanșării pubertății ar putea-o constitui estrogenii în interacțiune cu structurile limbice (amigdale, stria terminalis) și melatonina hipofizară (99).

b) *Controlul secreției gonadotrope* și al ciclității existente la femeie este realizat prin intermediul sistemului nervos central. Aceste aspecte reprezintă capitole vaste ale neuroendocrinologiei (21, 27), în legătură cu ele făcîndu-se următoarele considerații (76) :

— Zonele de control al comportamentului sexual și al secreției hormonale se suprapun numai parțial (56).

— Există două zone de control pentru secreția gonadotropă în S.N.C. : aria hipofizotropă hipotalamică (HTA), care eliberează *releasing-factor,* și sistemul de reglare a eliberării (RRS), cuprinzînd structuri supraiacente (regiunea preoptică hipotalamică, sistemul limbic) de influență și control (109) [de exemplu : hipocampul intervine în *feed-back*-ul pozitiv al progesteronului, pe cînd amigdala în *feed-back*-ul estrogenilor (Navakami, Seto) (84)].

— Hormonii gonadici influențează aceste zone de secreție gonadotropă prin *feed-back*-ul indirect „extern" pozitiv sau negativ.

— Hormonii gonadotropi influențează propria secreție prin *feed-back*-ul indirect „intern" la nivelul zonelor de control (20, 27).

STRUCTURILE EFECTORII ALE MOTIVAȚIEI SEXUALE

Nu se cunoaște aproape nimic din mecanismul efector prin care motivația sexuală se transformă în comportament sexual manifest.

Teoria lui Lindsley de activare bifazică a motivației pe calea sistemului reticulat ascendent prevede drept căi efectoare sistemul reticulat descendent activator și inhibitor. Aceasta este mai mult o speculație.

Se ridică o problemă interesantă (76) : întrucît aferențele ajung la circuitele hipotalamo-limbice care deservesc motivația sexuală prin colaterale ale căilor specifice și prin căi nespecifice, înainte de a ajunge la cortex și înainte de elaborarea percepției, nu este posibil să apară răspunsuri comportamentale sexuale automate, subconștiente, în prezența anumitor excitanți externi ? Teoria lui Sellar (1954) este prima teorie psihofiziologică care admite acest lucru (teoria psihanalitică a lui Freud admisese aceasta de mult). Nu există suficiente date pentru a dovedi sau infirma acest proces. Implicațiile medico-legale ale caracterizării drept subconștiente a unor acte comportamentale determină neacceptarea acestui aspect al teoriei lui Sellar, pînă nu vom avea argumente convingătoare.

SUBSTRATUL NEUROBIOCHIMIC AL MOTIVAȚIEI SEXUALE

Sistemele monoaminergice din S.N.C. joacă un rol cert în comportamentul sexual, ca și în numeroase alte procese psihice și neuroendocrine (7), iar substanțele psihofarmacologice de tipul rezerpinei și inhibitorilor de monoaminoxidază (MAO) acționează asupra depozitelor catecolaminice și serotoninice (39), modificînd comportamentul sexual (23).

Experimente pe subprimate (șobolani) furnizează date interesante. Rezerpina (combinată cu estrogenii) poate înlocui progesteronul în declanșarea estrului, iar substanțele antidepresive, ca imipramina, amitriptilina, nortriptilina și inhibitorii MAO (Nyalamid, pargylina) cresc monoaminele cerebrale și inhibă comportamentul estral (prin serotonină, după Meyerson) (62, 63, 64, 65).

În schimb, tratamentul de durată cu rezerpină, ca și depleția serotoninei cerebrale, după ce s-a secționat *medial-forebrain-bandle,* inhibă comportamentul sexual (Benetato și colab., 1968) (10).

Aceste experimente reprezintă primul pas în explicarea unor tulburări ale comportamentului sexual prin terapie medicamentoasă.

*

În concluzie, mecanismele nervoase au rolul hotărîtor în formarea şi activarea motivaţiei şi a comportamentului sexual.

La om, comportamentul sexual, chiar privit numai sub acest aspect, este deosebit de complicat de factorii psihici şi sociali. Majoritatea cazurilor de patologie sexuală nu prezintă leziuni neurologice, ci tulburări psihice, psihologice, de educaţie etc., care, uneori, se manifestă ca incompatibilităţi psihosexuale selective faţă de unii parteneri.

Nu cunoaştem mecanismele obiective care deservesc aceşti factori psihici. De aceea, în impotenţa sexuală şi în frigiditatea psihogenă sîntem de multe ori limitaţi la psihoterapie, desenzitizare sistematică şi psihanaliză.

BIBLIOGRAFIE

Bazele fiziologice ale comportamentului sexual

1. Adcock C. J. — Fundamentals of Psychology, Watson & Viney, Aylesbury, 1967, p. 35—53.
2. Anokhin P. K. — Final Discussion. În : Progress in Brain Research, vol. I, Brain Mechanism. *Moruzzi G., Fessard A., Jasper M.* (ed.), 1963, p. 461—463.
3. Anokhin P. K. — Cybernetic and Integrative Brain Activity. În : Cybernetic Aspects of Integrative Brain Activities, Symposium, vol. II, XVII, Int. Congr. Psychol., Moscova, 1966.
4. Bar-Sela Elwers M., Critchlow V. — *Amer. J. Physiol., 211 :* 1 103—1 107, 1966.
5. Barraclough C. A., Cross B. A. — *J. Endocr., 26 :* 339—359, 1963.
6. Barraclough C. A. — Modifications in Reproductive Function After Exposure to Hormones During the Prenatal and Early Postnatal Period. În : Neuroendocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 62—101.

7. Beach F. A. — *Science, 150 :* 369, 1965.
8. Beach F. A. — *Physiol, Rev., 47 :* 289—316, 1967.
9. Beach A., Westbrook W. F. — *J. Endocr.,* 42 ; 3 : 379—382, 1968.
10. Benetato Gr. — *Fiziol. norm. şi pat., 14 ;* 3 : 193—215, 1968.
11. Blanc C. — Conscience et inconscience dans la pensée neurobiologique actuelle, Journnées de Bonneval, 1960.
12. Bleuler M. — Endokrinologische Psychiatrie. VEB Georg Thieme, Stuttgart, 1954.
13. Bleuler M., Wiedmann M. R. — *Arch. Psychiat. Nervenkr., 195 :* 14, 1956.
14. Coculescu M., Vlad A. — *Spitalul, 79 ;* 3 : 239—249, 1966.
15. Clegg M. T., Doyle L. L. — Role in Reproductive Physiology of Afferent Impulses from the Genitalia and Other Regions. În : Neuroendocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong E.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 1—20.
16. Corbin A. — *Endocrinology, 78 :* 893—896, 1966.
17. Critchlow V., Bar-Sela Milderd Elwers — Control of the Onset of Puberty. În Neuroendocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong E.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 101—163.
18. Cross B. A., Silver I. A. — *Brit. med. Bull. 22 :* 254—260, 1966.
19. Cross B. A., Silver I. A. — *J. Endocr., 31 :* 251—263, 1965.
20. David M. A., Frasckini F., Martini L. — *Endocrinology, 78 :* 55—60, 1966.
21. Davidson Mjuliar — Control of Gonadotropin Secretion in the Male. În : Neuroendocrinology, vol. I, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1966, p. 565—613.
22. Donovan B. T., Van der Werff Ten Bosch J. J. — Physiology of Puberty, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1965.
23. Erickson L. B., Reynolds S. R. M., De Flo V. J. — *Endocrinology, 66 ;* 6 : 824—831, 1960.
24. Erickson L. B. — *Nature (Lond.), 216 ;* 5 112 : 299—301, 1967.
25. Faure J., Bemsch C., Vincent D. — *C. R. Soc. Biol. (Paris), 156 :* 629—632, 1962.
26. Ferriman D. G., Gillilamd I. C. — A Synopsis of Endocrinology and Metabolism. În : Disorders of Sexual Function, J. Wright & Sons, Bristol, 1968, p. 89—114.
27. Flerko Bela — Control of Gonadotropin Secretion in the Female. În : Neuroendocrinology, vol. I, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1966, p. 613—669.
28. Ford C. S., Beach E. A. — În : Patterns of Sexual Behaviour, Harper and Brors, New York, 1951.
29. Foss G. L. — *Lancet, I :* 667—669, 1951.

30. Geier S. — Neurophysiologie des instincts. În Encyclopédie médico-chirurgicale — Psychiatrie, *EY, N* (ed.), vol. I, Paris, 37 035 110 : —9, 1963.
31. Gerall N. D., Eard I. L., Gerall A. A. — *Anim. Behav., 15 :* 54—58, 1967.
32. Grossman P. — A Textbook of Physiological Psychology, John Willey, and Sons, New York — Londra — Sidney, 1967.
33. Corbin A., Daniels E. — *Neuroendocrinology, 4 ;* 2 : 65—75, 1969.
34. Halasz B., Pupp L. — *Endocrinology, 77 :* 553—562, 1965.
35. Harlow H. F. — *Amer. J. Psychol., 1 :* 1—9, 1962.
36. Harlow H. F. — Sexual Behaviour in the Rhesus Monkey. În : Sex and Behaviour, *Beach F. A.* (ed.), Willey and Sons New York, 1965.
37. Harris G. W., Jacobsohn D. — *Proc. roy. Soc. Med., 139 :* 363—276, 1952.
38. Harris G. W., Levine S. — *J. Physiol. (Lond.), 181 :* 379—400, 1965.
39. Hassler R., Bak I. J. — *Nervenarzt, 37 :* 493—498, 1966.
40. Herbert J. — The Effect of Oestrogen Applied Directly to the Genitalia Upon the Sexual Atractiveness of the Female Rhesus Monkey. În : Abstr. of 11-rd Int. Congr. on Hormonal Steroids Milano, p. 212 ; International Congress, Series nr. 111 ; Amsterdam : Excerpta Medica Foundation, 1966.
41. Herbert J., Trimbie M. R. — *Nature (Lond.), 216 :* 165—166, 1967.
42. Ionescu B., Grigorescu A. — *Stud. Cercet. Endocrinol. 20 ;* 5 : 435—444, 1969.
43. Karli P. — *J. Physiol. (Paris), 60 ;* 1 (suppl.) : 3—148, 1968.
44. Kawakami M., Sawyer C. H. — *Endocrinology, 65 :* 631—643, 1959.
45. Kawakami M., Sawyer C. H. — *Edocrinology, 65 :* 652—668, 1959.
46. Kawakami M., Sawyer C. H. — *Exp. Neurol., 9 ;* 470—482, 1964.
47. Kawakami M., Sawyer C. H. — *Endocrinology, 80 :* 857—871, 1967.
48. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. — Sexual Behaviour of the Human Female, W. B. Saunders, Philadelphia, p. 195.
49 König M. P. — *Schweiz. med. Wschr., 99 ;* 20 : 744, 1969.
50. Lagache D. — La psychanalyse, Collection „Que sais-je ?", Paris, 1964.
51. Ladimsky J. L., Gruchow H. W., Peckham B. M. — *J. Endocr., 41 :* 161—169, 1968.
52. Lindqvist A. — *Acta psychiat. scand., 190* (suppl) : 1—239, 1966.
53. Lindsley D. B. — Attention, consciousness and wakefulness. În : Handbook of Physiology, vol. III, *Field J., Magoun H. W., Hall V. E.* (ed.) Williams and Wilkins, Baltimore, 1960.
54. Lisk R. D. — *Acta endocr. (Kbh.), 48 :* 209—219, 1965.

55. Lisk R. D. — *Science, 192 :* 669—670, 1966.
56. Lisk D., Robert — Sexual Behaviour : Hormonal Control. În : Neuroendocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 197—241.
57. Lloyd Ch. W. — Treatment of Frigidity. În : Textbook of Endocrinology, *Williams R.* (ed.), Philadelphia-Londra-Toronto, 1963, p. 523.
58. Magoun H. W. — Sleep mechanism. În : Progress in Brain Research : Brain Mechanism, vol. II, *Moruzi G., Fesard A. Jasper H.* (ed.), Elsevier, Amsterdam, 1963, p. 432—433.
59. Marmor J. — *Psychosom. Med., 16 :* 240—245, 1954.
60. Masters W. H., Johnson V. E. — *Human Sexual* Response, Little Brown and Co., Boston, 1966.
61. Mathis J. H. — *Med. Clin. N. Amer., 51,* 6 : 1 321—1 375, 1967.
62. Meyerson B. J. — *Acta physiol. scand., 63* (suppl.) ; 241 : 1—32, 1964.
63. Meyerson B. J. — *Psychopharmacologia (Berl.), 6* : 210—218, 1964.
64. Meyerson B. — *Acta physiol. scand., 67,* 3—4 ; 411--422, 1966.
65. Meyerson B. J. — *Nature (Lond.), 217,* 5 129 : 683—684, 1968.
66. Michael R. P. — The Selective Accumulative of Oestrogens in the Neural and Genital Tissues of the Cat, Proc. Inst. Intern. Congr. Hormonal Steroids, Milano, 1962, vol. II, Academic Press, New York, p. 469—481.
67. Michael R. P. — *Science, 136 :* 322—323, 1962.
68. Michael R. P., Herbert J. — *Science, 140 :* 500—501, 1963.
69. Michael R. P., Herbert J., Saayman G. — *Lancet, I :* 1 051—1 017, 1966.
70. Michael R. P., Saayman G. S., Zumpe D. — *Nature (Lond.), 215 :* 554—556, 1967.
71. Michael R. P., Herbert J., Welegalla J. — *J. Endocr., 39 :* 81—98, 1967.
72. Michael R. P. — *J. Endocr., 39,* 309—310, 1967.
73. Michael R. P., Saayman G. S. — *J. Endocr., 41 :* 231—246, 1968.
74. Milcu Şt. M., Maximilian C., Ionescu B. — Endocrinopatiile genetice, Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1968.
75. Milcu Şt. M., Stoica T., Coculescu M. — *Obstet. şi Ginec., 27 ;* 5 : 537—547, 1969.
76. Milcu Şt. M., Stoica T., Coculescu M. — *Obstet. şi Ginec., 27,* 6, 1969.
77. Milcu Şt. M., Stoica T. — *Rev. roum. Endocr., 3 ;* 1, 1966.
78. Money J., Hampson J. G. — *Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.), 77 :* 333—336, 1957.
79. Money J. — *J. Nerv. Ment. Dis. 132,* 3 : 329—249, 1961.
80. Nauta W. J. H. — Central Nervous Organization and the

Endocrine Motor System. În : Advances in Neuroedocrinology, *Nalbamdov A. V.* (ed.), Univ. Illinois Press, Urbana, 1963, p. 5—21.
81. Neştianu V., Coculescu M., Vlad A. — *Viaţa med., 12 ;* 1 441—1 449, 1965.
82. Olds J. — *J. comp-physiol. Psychol., 51 :* 320—324, 1958.
83. Olds J. — *Progr. Brain, Res., 27 :* 144—164, 1967.
84. Oppenheimer H. J. — Abnormalities of Neuroendocrine Functions in Man. În : Neuroendrocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 666—701.
85. Overzier C. — *Z. Psychoter., 5 :* 152, 1955.
86. Overzier C. — *Triangle (Fr.), 8 ;* 2 : 32, 1967.
87. Palka Y. S., Sawyer C. H. — *Amer. J. Physiol., 211,* 1 : 225—228, 1966.
88. Phoenix H. C., Goy W. R., William C. Young — Sexual Behaviour : General Aspects. În : Neuroendocrinology, vol. II, *Martini L., Ganong R.* (ed.), Academic Press, New York, 1967, p. 163—197.
89. Predescu V., Oancea C. — *Obstet. şi Ginec., 28,* 1970 (sub tipar).
90. Ramirez V. D., Sawyer C. H. — *Endocrinology, 76 :* 1 158—1 168, 1965.
91. Ramirez V. D., Sawyer C. H. — Excerpta int. Congr. Ser. Mo. 99 E 175, 1965.
92. Ramirez V. D. — *Endocrinology,* 214—217, 1965.
93. Ramirez V. D., Komisaruk B. R., Whitmoyer D. T., Sawyer C. H. — *Amer. J. Physiol., 212 ;* 6 : 1 376—1 385, 1967.
94. Reichlin G. — Neuroendocrinology ; Textbook of Endocrinology, *Williams R.,* (ed.), W. B. Saunders Co., Philadelphia-Londra, 1968.
95. Robinson B., Mishkin M. — *Physiol. and Behav., 1 :* 269—272, 1966.
96. Rosenblatt J. S., Bromson L. R. — *Behav. Sci., 12 :* 285, 1958.
97. Rosenblatt J. S. — Effects of Experience on Sexual Behaviour in Male Cats În : Sex and Behaviour, *Beach F. A.* (ed.),Willey and Sons, New York, 1965.
98. Sawyer C. H., Kawakami M. — *Endocrinology,* 65 : 622—630, 1959.
99. Sawyer C. H. — *Brain Res., 6 :* 48—59, 1967.
100. Schein M. W., Hale E. B. — Stimuli Eliating Sexual Behaviour. În : Sex and Behaviour, *Beach F. A.* (ed.), Willey and Sons, New York, 1965.
101. Shainess N. — *Amer. J. Psychiat., 124 ;* 8 : 1 076, 1968.
102. Shainess N. — A Re-assessment of Feminine Sexuality and Erotic Experience. În : Science and Psychoanalysis, *Masserman, J. H.* (ed.), vol. X, Grune and Stratton, New York, 1966, p. 56—71.
103. Shainess N. — The Theraphy of Frigidity. În : Current Psychiatric Therapies, vol. VIII, Copyright Crune & Stratton Inc. 1968, p. 70—76.
104. Smirnov V. M. — Neurophysiological Study of Human Emotion. În : Integrative Forms of Conditional Reflexes, XVIII, Int. Congr. Psychol., Moscova, 1966.
105. Smith E. R., Davidson J. M. — *Amer. J. Physiol., 212 ;* 6 : 1 385—1 390, 1967.
106. Smith Kline, French — *Brit. med. J., 1 :* 690—692, 1968.
107. Stoica T., Alina Tache, Speranţa Teodorescu, Coculescu M. — *Fiziol. norm. şi pat., 15 ;* 1, 1970.
108. Stoica T., Buşilă E., Coculescu M., Speranţa Teodorescu — *Stud. Cercet. Endocrinol., 21 ;* 2 : 1970.
109. Szentagothai J., Flerki B., Mess B., Halasz B. — Hypothalamic Control of the Anterior Pituitary, Akad. Kiadó, Budapesta, 1968.
110. Trimble M. R., Herbert J. — *J. Endocr. (Lond.), 42 ;* 2 : 171—185, 1968.
111. Völkel H. (Von) — *Psychiat. neurol. Wschr., 145 ;* 257, 1963.
112. Waxenberg S. E., Drellich M. G., Sutherland A. M. — *J. clin. Endocr., 19 :* 193—202, 1959.
113. Wiedemann H. R., Romatowski M., Tolksdorf M. — *Münch. med. Wschr., 98,* 1 108, 1956.
114. Wyk (Van) J., Grumbach M. — Disorders of Sex Differentation. În : Textbook of Endocrinology, Williams R. (ed.), W. B. Saunders Co., Londra Philadelphia-Toronto, 1968 ; p. 537—561.
115. Young W. C. — The Hormones and Nating Behaviour, În : Sex and Internal Secretions, *Young W. C.* (ed.), Baillière, Tindall and Co. Ltd., Londra, 1961, p. 1 173—1 239.
116. Young W. C., Goy R. W., Phoenix C. N. — *Science, 143 ;* 3 : 603, 212—218, 1964.

IGIENA SEXUALĂ

DEFLORAREA

Tînăra fată este neliniştită nu atît de teama durerii primului contact sexual, cît mai ales, ca oricărei fete virgine, îi vine greu, şi pe bună dreptate, să se despartă de inocenţa feminină. Candoarea, puritatea ei sufletească au ajuns la o limită. Trecerea acesteia nu este pentru ea un lucru uşor.

Ne referim, în primul rînd, la trecerea obstacolului psihic, cel fizic situîndu-se pe planul al doilea. Obstacolul psihic care se cere învins există întotdeauna la fata virgină. Tînăra fată nu acceptă uşor primele raporturi sexuale, decît după o frămîntare mai mult sau mai puţin intensă împotriva pudorii sale şi contra unei tendinţe înnăscute de integritate fizică. Acest fenomen nu este o simplă teamă de o slabă senzaţie dureroasă sau de o pierdere minimă sanguină, deoarece se manifestă şi la unele fete, la care, în mod excepţional, himenul este inexistent de la naştere. Această apărare a castităţii apare ca un fenomen complex, ca un reflex înnăscut, transmis din generaţie în generaţie, căruia educaţia şi morala îi imprimă un caracter conştient.

Învingerea obstacolului psihic pentru fată înseamnă un lucru deosebit de sensibil, iar soţul trebuie să ţină seama de acest fapt şi să procedeze delicat şi cu tact.

O dată învins obstacolul psihic, urmează trecerea celui fizic. Un adevărat bărbat, soţul va respecta această succesiune firească.

Pe plan fizic, obstacolul este reprezentat de membrana himenală.

Prin noţiunea de deflorare se înţelege ruperea membranei himenale, ceea ce echivalează cu pierderea virginităţii. Acest mod de a considera himenul ca unicul semn al virginităţii nu este însă absolut. În unele cazuri, ce-i drept foarte rare, himenul poate să nu existe de la naştere, iar în altele ruperea lui se poate produce în afara oricăror relaţii sexuale, de exemplu, în unele traumatisme accidentale, în cazul unor intervenţii chirurgicale sau cu ocazia unor examene genitale imprudente. În aceste cazuri, femeia este defloratã fizic, dar din punctele de vedere moral şi psihic ea este tot virgină. Himenul mai poate fi compromis şi cu ocazia practicării masturbaţiei de către tinerele fete.

Există şi situaţii inverse, cînd fata nu este defloratã fizic, dar ea nu mai este imaculată, şi anume atunci cînd tentativele sexuale rămîn fără rezultat, iar coitul rămîne vestibular, fără ca himenul să fie traversat. Această situaţie se datoreşte densităţii şi rezistenţei fibrelor conjunctive ale himenului, care fac imposibilă trecerea penisului, dar nu şi a ejaculatului. Spermatozoizii pot trece prin orificiul himenal, sarcina fiind posibilă, dar actul sexual şi copulaţia sînt neconsumate.

Uneori, ruptura himenului nu se produce după primul contact sexual şi nici după cele următoare. Aceasta se întîmplă şi în cazul himenelor foarte elastice, care poartă denumirea de himene complezante. Acest tip de himen nu se va rupe decît în cazul în care, femeia rîmînînd însărcinată, naşterea are loc pe căile genitale normale.

Deflorarea, care se consideră terminată o dată cu pătrunderea penisului în vagin, se însoţeşte de o senzaţie dureroasă şi de o hemoragie minimă (uneori cîteva picături de sînge, alteori mai mult), care se opreşte de la sine. Cel mai adesea durerea este suportabilă, iar pentru unele fete primul act sexual nu este însoţit de acest fenomen.

După Oliven F. J., durerea la deflorare este moderată şi de scurtă durată la aproximativ 50% din femei ; la aproximativ 20% este absentă, iar 33% din femei consideră durerea la deflorare ca fiind intensă. Lipsa durerii la deflorare nu trebuie să trezească suspiciuni în ceea ce priveşte virginitatea fetei.

Primul act sexual este totdeauna incomplet. Bărbatul se află într-o stare de tensiune erotică şi psihică excesivă şi ejaculează precoce. Tentativa de a ajunge la un orgasm normal nu îşi găseşte momentul, fiindcă actul sexual este dureros pentru femeie şi în plus, emoţia erotică a ei este inhibată de durere, de aversiunea pentru sînge şi de pudoare. Din această cauză, satisfacţia sexuală a femeii la primul act sexual este minimă, aproape inexistentă. Femeia în primele 2—3 zile care urmează deflorării, are nevoie de menajamente şi odihnă, deoarece zona himenală este sensibilă, congestionată şi iritată.

După o perioadă de timp de 2—3 săptămîni, uneori chiar cîteva luni, sensibilitatea ei genitală creşte progresiv, se produce erotizarea vaginală, ajungîndu-se la obţinerea orgasmului.

Atitudinea soţului în „luna de miere" trebuie să fie plină de menajamente. Primele săptămîni de căsătorie reprezintă o perioadă de acomodare a soţilor.

Deflorarea artificială. Dilatarea artificială a deschizăturii himenale este considerată ca necesară la aproximativ 10% din miresele virgine (Oliven). Este indicată în caz de membrană himenală groasă, densă şi rezistentă, cînd potenţa erectilă a soţului este slabă, sau la cererea spontană a cuplului.

Există mai multe metode de deflorare artificială :

— chirurgicală, prin himenotomie (himenul este injectat cu un anestezic — novocaină — şi se fac 2—3 mici incizii în marginea lui liberă ; alţi autori recomandă să se facă o lărgire a himenului prin excizia părţii posterioare a himenului, urmată ulterior de dilatare) ;

— dilatarea instrumentală a himenului (se aplică mai întîi un tampon cu anestezic local pe himen, după care urmează o serie de dilataţii gradate cu hegarul ; manevrele sînt efectuate de medic).

ACCIDENTE POSIBILE LA DEFLORARE SAU ÎN CURSUL COPULAŢIEI

Intensitatea durerii în momentul deflorării ţine de gradul de rezistenţă himenală, de o eventuală neconcordanţă între organele genitale masculine şi feminine, uneori de brutalitatea bărbatului, cît şi de sensibilitatea generală a organismului feminin.

Uneori, durerea este puternică, alarmantă, ca în cazul violului, cînd starea de anxietate şi de excitabilitate a sistemului nervos amplifică senzaţiile interne. Pe un fond de hiperestezie locală, ruptura himenală poate să devină punctul de plecare a contracturii muşchilor perivaginali, care poate dura mai mult timp, instalîndu-se starea de vaginism.

Această stare care apare la tinerele fete sau la cele cu trecut genital, favorizează un incident rar care apare în timpul copulaţiei *(penis captivus)* şi care constă din imposibilitatea de a retrage penisul din vagin în timpul coitului. Cauza acestui fenomen este declanşarea unui vaginism acut, care survine după intromisiune, prin contractura spastică, involuntară a muşchilor perivaginali. În această situaţie, erecţia penisului nu scade prompt, probabil datorită poziţiei relativ superficiale a unor vase peniene, care sînt expuse la compresiune. Incidentul cînd se produce este însoţit de durere apreciabilă pentru ambii parteneri, durere care se accentuează dacă se fac eforturi violente de extragere.

Starea de *penis captivus* trebuie diferenţiată de încleştarea cervicală, care constă dintr-o strîngere involuntară, de scurtă durată, a penisului de către cervixul uterin în timpul orgasmului, fenomen foarte rar întîlnit la unele cupluri.

Leziunile traumatice din timpul deflorării constau în rupturi izolate ale himenului sau în dezlipiri, dezinserţii ale acestei membrane de pe inelul vulvar.

Hemoragia minimă este considerată ca un simbol al virginităţii, aspect valabil în marea majoritate a cazurilor, dar nu cu o valoare absolută. În cazul unui himen elastic, dilatabil, lipsesc atît durerea, cît şi pierderea

picăturilor de sînge. Atunci cînd această hemoragie — care apare la o ruptură minimă sau o dezinserție a himenului — devine alarmantă, se va consulta medicul.

Hemoragiile cu caracter de gravitate, datorite rupturii limitate a himenului sau dezinserției lui, sînt cazuri rare, dar există. Cauzele cele mai frecvente care le provoacă sînt de natură locală, și anume existența unui himen intens vascularizat, similar țesutului erectil, și care se poate dezinsera ușor în momentul deflorării. Dezlipirea himenului poate fi completă sau semicirculară. În cazul himenelor rezistente, după eforturi ale soțului, are loc ruptura himenului, care de obicei se face la nivelul zonei de implantație vestibulară a membranei, unde este mai intens vascularizată.

Ruptura unei arteriole sau a altui vas duce la hemoragie. Ruptura unui varicocel vulvar determină o hemoragie venoasă. Dintre cauzele generale, existența unor discrazii sanguine poate provoca hemoragii serioase. Nu este ușor de precizat dacă hemoragia se datorește deflorării sau este de altă natură ; numai un examen complet genital poate face diferența dintre o ruptură a himenului și o altă leziune sîngerîndă a căilor genitale.

La fetele care prezintă diateze hemoragice, fără să aibă cunoștință de existența lor, o dată cu deflorarea din cauza tulburărilor de coagulare, pierderea de sînge este persistentă și poate lua caracterul de gravitate. În asemenea cazuri, boala trebuie cunoscută înainte de căsătorie și tratată. Iată importanța examenului medical prenuptial, care este obligatoriu în țara noastră. În hemoragiile de cauză locală, tratamentul este simplu și constă în simple tamponări.

O importanță mai mare — atît pentru pacientă, cît și pentru medic — o reprezintă leziunile traumatice care depășesc limitele himenului. În cazurile de malformații congenitale, de infantilism genital, de cicatrice vicioase ale unor procese inflamatorii sau de disproporții între organele genitale masculine și cele feminine (mai ales în cazul violurilor asupra copilelor), se pot produce leziuni intense ale organelor genitale, rupturi în lungime a peretelui vaginal posterior ; în general majoritatea acestora nu trec de mucoasă, dar sînt citate și perforații vagino-

rectale cu hemoragii fatale. Astfel de leziuni se pot produce nu numai în momentul deflorării, ci și la vîrsta adultă în timpul vieții sexuale și chiar, mai frecvent, la femeile în menopauză și în postclimacterium, cînd organele genitale devin hipotrofice și mai puțin elastice ; de asemenea, aceste leziuni mai pot apărea cu ocazia căutării unor poziții copulatorii forțate.

Ca factori predispozanți sînt : vaginul cu stenoză, infantilismul genital feminin, carcinomul tractului genital, unele poziții copulatorii (a tergo).

În cazurile de tentativă de viol, se pot produce, ca accidente, căi false în organele genitale, himenul rămînînd intact. În ceea ce privește evoluția și prognosticul acestor accidente, se poate spune că, datorită unei vascularizații bogate a regiunii genitale, hemoragiile care survin sînt persistente, abundente și, uneori, pot fi severe, dacă interesează vaginul.

Tratamentul constă în oprirea hemoragiei, suturarea plăgii, aplicare de antibiotice pentru prevenirea infecției și tratamentul stării generale, al anemiei secundare și, îndeosebi, al stării de șoc, cînd aceasta se instalează.

Un accident destul de rar care se poate produce la bărbat este ruptura de penis. Aceasta survine fie prin întoarcerea bruscă în timpul somnului cu penisul în erecție, fie întîmplător în timpul coitului ; apare însă de predilecție în caz de utilizare a altor poziții coitale decît cea de bază. Accidentul se produce întotdeauna pe un penis în erecție și poate interesa corpii cavernos și cel spongios, numai corpii cavernoși sau numai una din cele trei formațiuni anatomice. Concomitent, are loc ruperea fasciei penisului, albugineei. Cel mai frecvent apariția accidentului se însoțește de o durere violentă și de o stare de colaps. Din cauza intensității durerii, bolnavul are senzația că ea cuprinde întreaga regiune genitală și chiar hipogastrul. Sediul fracturii este mai frecvent în treimea distală a penisului. Penisul este deformat mult, prezintă un hematom subcutanat și profund și uretroragie moderată ; în unele cazuri se produce și ruptura uretrei.

Ruptura penisului reprezintă o urgență medicală ; tratamentul este simptomatic, ortopedic sau chirurgical (în formele cu hematoame abundente).

Dacă se aplică un tratament corect, vindecarea este, de obicei, satisfăcătoare, dar uneori țesutul cicatriceal (postoperator) determină o erecție unghiulară sau nesatisfăcătoare, cu dificultăți sau imposibilitate de copulație.

Un alt accident extrem de rar este luxația penisului, adică o refulare a lui în țesutul subcutanat al regiunii pubiene, inghinale sau scrotale, cu apariția unui hematom, care poate masca complet organul.

O altă categorie de incidente în timpul deflorării sau a actului sexual o constituie și contaminările venerice (blenoragia, șancrul moale, lues). Agenții patogeni ai bolilor venerice găsesc condiții optime de transmitere și înmulțire în himenul rupt, cu vasele deschise și cu țesuturile dilacerate.

În timpul copulației, de obicei în timpul unui act sexual prelungit, poate să apară iritația vulvei (vulvita), datorită unei lubrifieri excesive sau prea reduse. De obicei, după instituirea unui repaus sexual survine vindecarea.

În afara bolilor venerice, cu ocazia actului sexual, se mai poate transmite și *Trichomonas vaginalis*. Bărbatul, de obicei, are numai rolul de gazdă ; rareori la unii bărbați, acest protozoar determină uretrite, prostatite sau veziculite. Profilactic, cînd bărbatul suspectează că are o infestare cu trichomonas, se recomandă să practice *coitus condomatus* (cu prezervativ) și bineînțeles se face tratament cu metronidazol la ambii parteneri.

La femei, după actul sexual, poate să apară uneori o cistită acută determinată de un focar de infecție cronic, latent (uretrită, schenită, vaginită, cervicită), care cu ocazia fricțiunilor coitale se poate exacerba și cuprinde și vezica urinară. În alte cazuri, bărbatul care are prostatită cronică sau uretrită cronică, poate transmite infecția femeii, la care se manifestă printr-o cistită postcoitală.

De menționat că mai există și o cistită postcoitală recidivantă la femeie, considerată de origine psihogenă, care se manifestă prin polakiurie și necesitate imperioasă de a urina și în care piuria este absentă, iar examenul local negativ. Această formă de cistită psihogenă declanșată de temeri sexuale, resentimente sau sentimente de culpabilitate, necesită psihoterapie și se remite prin antispastice și tranchilizante.

IGIENA ACTULUI SEXUAL

Deseori se pun întrebări cu privire la normele vieții sexuale. Este drept că aceste întrebări și le pun, în primul rînd, acea categorie de parteneri la care nu s-a stabilit încă armonia sexuală și unde fiecare se crede nevinovat, de multe ori pe bună dreptate. Lucrurile se pot prezenta astfel, deoarece în materie de comportament sexual există mari diferențe individuale, de la om la om.

Intensitatea dorinței sexuale variază în limite largi și depinde de mulți factori : constituția individului, vîrstă, rasă, stare civilă, profesiune, mediu ambiant, educație etc. În multe căsnicii nu este vorba de o nepotrivire esențială între cerințele sexuale ale partenerilor, ci mai mult de variații în timp ale intensității dorinței sexuale. De exemplu, intensitatea dorinței sexuale la femei poate varia în legătură cu fazele ciclului menstrual, cu starea de sarcină etc.

Pentru ambele sexe pot exista variații ale libidoului în legătură cu anotimpul (primăvara), cu eforturile excesive fizice sau intelectuale sau cu starea de sănătate.

Grijile excesive, preocupările pentru rezolvarea unei probleme grele cer eforturi psihice și creează în scoarța cerebrală focare dominante, ceea ce face ca apetitul sexual să treacă pe planul al doilea. În asemenea împrejurări, pot să diminueze chiar și cerințele sexuale puternice. Există variații ale dorinței sexuale în timp, chiar și la partenerii cei mai sănătoși. Din această cauză, soții sau partenerii trebuie să se comporte cu înțelegere și să încerce o acomodare unul cu celălalt. Ceea ce pentru un cuplu este normal, pentru altul poate fi puțin sau mult.

Sînt bărbați care simt nevoia actului sexual o dată pe zi, unii de mai multe ori pe zi, majoritatea de 2—3 ori pe săptămînă, iar alții mai rar. De asemenea, există femei care au cerințe sexuale o dată pe zi sau pe săptămînă,

sau mult mai rar. După cei mai mulți cercetători, majoritatea cuplurilor au 2—3 raporturi sexuale pe săptămînă. Unele statistici (Kinsey) arată că frecvența activității sexuale variază între 1 și 6,5 (medie statistică) raporturi sexuale pe săptămînă în 77% din cazuri, cu un maximum pînă la 35 de ani ; ulterior, frecvența acestora scade.

În principiu, frecvența raporturilor sexuale este socotită normală cînd nu duce la oboseală fizică și intelectuală. În cazul cînd la un anumit ritm al vieții sexuale apare o stare de oboseală persistentă, atunci trebuie diminuat acest ritm. Referindu-se la acest lucru, Atarov spune că „normele sînt acolo unde legăturile intime ale soților servesc drept stimulent al energiei creatoare a omului în activitatea sa profesională, unde aceste legături nu fac din unul din soți robul celuilalt".

Dacă viața sexuală se desfășoară într-un cadru afectiv reciproc între soți, atunci partenerilor le este ușor să-și coordoneze frecvența raporturilor sexuale. De altfel, într-un mare număr de cupluri, partenerii găsesc singuri propria lor conduită sexuală.

Saţietatea sexuală a bărbatului apare atunci cînd s-au epuizat rezervele sale de lichid spermatic, după repetarea actului sexual. În asemenea situații, o nouă tentativă de repetare a actului sexual obligă organismul la un efort fizic și psihic considerabil, fără posibilitatea unei noi ejaculări și fără obținerea orgasmului, ceea ce este dăunător sănătății și echilibrului vieții sexuale. În asemenea situații, a cere bărbatului ceea ce el nu mai poate da se poate solda cu consecințe nocive pentru sănătatea lui. Cînd unul dintre parteneri nu mai dorește repetarea actului sexual înseamnă că organismul lui are nevoie de repaus.

Potența sexuală a bărbatului, tonusul lui sexual slab sau foarte, nu este în concordanță cu forța fizică.

Durata unei erecții din timpul actului sexual variază în funcție de vîrstă, de individ și de parteneră, iar limitele sînt largi. Mulți se întreabă : cît timp trebuie să dureze coabitarea ? Este firesc ca aceasta să dureze pînă ce ambii parteneri se simt satisfăcuți. Posibilitatea repetării actului sexual este influențată de parteneră și de vîrstă,

fiind maximă la tineri și scăzînd o dată cu înaintarea în vîrstă.

Imposibilitatea de a repeta actul sexual, care se întîlnește la bărbat, nu se constată și la sexul feminin. Femeia este capabilă de o coabitare în plus și ea se apără de excesele sexuale, rămînînd pasivă și netrăind actul sexual.

În general, o femeie sănătoasă, care are un libidou puternic, întrece cantitativ potența sexuală a unui bărbat. Prin natura sa, femeia nu ejaculează propriu-zis, nu are rezerve seminale epuizabile ; din această cauză, saţietatea ei sexuală se obține mai greu și ține mai mult de trăirea psihică a actului sexual și de pragul de saturare a erotizării sale vaginale și clitoridiene.

Uneori, din cauza unei deosebiri prea mari între intensitatea dorinței sexuale a partenerilor, se ajunge la o durată prea mare a actului sexual, ceea ce duce la o situație chinuitoare și lipsită de satisfacție pentru unul din parteneri.

Durata unirii sexuale este o problemă care ține de parteneri. Într-un act sexual scurt, dar cu o trăire psihică intensă, bogată în sentimente, se poate găsi aceeași satisfacție ca într-unul de o durată mai lungă.

Dacă deosebirile între cerințele sexuale sînt mari, cînd unul dintre parteneri este tot timpul nemulțumit, ne aflăm în fața unei situații delicate, în care cu greu se poate ajunge la o potrivire sexuală.

În acomodarea sexuală, are un rol și potrivirea de vîrstă a soților. Diferența de vîrstă este o problemă mult discutată în ce privește căsnicia. După majoritatea autorilor, este bine ca soțul să nu depășească cu mai mult de 7—8 ani vîrsta soției. Este bine ca soțul să fie mai în vîrstă cu cîțiva ani decît soția, deoarece la bărbat maturizarea sexuală deplină are loc mai tardiv decît la femei și, în plus, bărbatul trebuie să fie inițiatorul în dragoste. Se mai adaugă considerentul că premenopauza pentru femei înseamnă o exacerbare a dorințelor sexuale, iar bărbatul corespunzător va trebui să asigure armonia sexuală și în această perioadă. Andropauza la bărbat survine cu aproximativ 7—8 ani mai tîrziu decît menopauza

la femeie și tocmai acest aspect reprezintă și diferența maximă de vîrstă admisă în favoarea bărbatului, în ceea ce privește căsătoria.

Este normal să ne întrebăm care este vîrsta și timpul oportun începerii relațiilor sexuale în viața unui tînăr ? Deși instinctul sexual și primele semne ale maturării sexuale (ejacularea spontană sub forma poluției, la băiat, și venirea menstrei, la fată) apar mult mai devreme, totuși maturizarea completă fizică și psihică și posibilitatea de a-și lua răspunderea socială, care rezultă din relațiile sexuale, sînt mai tardive. Vîrsta maturizării depline biologice și sociale este 18—20 de ani pentru fete, și 20—22 de ani pentru băieți.

Tineretul nostru, educat în spiritul moralei socialiste, stimează și prețuiește femeia, are simțul esteticului și al demnității umane. El trebuie să știe că raporturile sexuale timpurii sînt nocive pentru sănătate. Concepțiile greșite ale unor tineri, potrivit cărora reținerea de la viața sexuală pînă la căsătorie ar fi dăunătoare sănătății, sînt lipsite de orice bază științifică. Medicina nu cunoaște stări de boală care să fie datorite abstinenței, adică reținerii de la viața sexuală. Bechterev, Miliman, Nedoma, Peter și alții au arătat că abstinența sexuală nu este dăunătoare sănătății. Hynie consideră că : „nu se poate susține că, la oameni sănătoși, simpla «uitare» a problemelor sexuale în perioadele de timp cînd ei sînt concentrați asupra altei activități ar avea anumite consecințe nocive asupra sănătății lor".

Tinerii care nu au ajuns încă la deplina maturizare biologică și socială au destule și însemnate preocupări pentru a-și desăvîrși pregătirea lor profesională, culturală și socială.

Cei care se abțin de la relații sexuale timpurii nu ajung niciodată la medic din cauza acestui lucru. Dimpotrivă, ajung să consulte medicul acei tineri care au început devreme relațiile sexuale, fapt ce le poate produce surmenaj și stingherire în muncă. De cele mai multe ori, din astfel de erecții sexuale dezordonate și la întîmplare, ei contractează boli venerice, care le periclitează sănătatea și capacitatea de procreație.

Tinerii nematurizați nu pot avea sentimente de dragoste profundă și statornică, deoarece, prin natura ei, vîrsta adolescenței este cea în care există o mare labilitate afectivă.

Așadar, atît abstinența sexuală a tinerilor pînă la căsătorie, cît și cea a adulților nu este nocivă pentru organism.

Excesul sexual constă în practicarea unor raporturi sexuale dezordonate și într-un ritm neadecvat, care duce la starea de oboseală și la surmenaj fizic și intelectual. În aceste cazuri, tonusul și potența sexuală diminuează. Cei ce fac excese nu mai știu să aprecieze trăirea psihică a actului sexual.

Utilizarea diverselor procedee artificiale de excitare a libidoului sau în scopul creșterii duratei actului sexual, în cazul unui om normal, nu sînt recomandate, deoarece duc la epuizarea organismului și, în scurt timp, poate să apară diminuarea potenței sexuale, datorită suprasolicitării.

O întrebare care și-o pun des, chiar bărbații cu activitate sexuală normală, este aceea dacă relațiile sexuale le slăbesc forțele. În această privință se poate spune că o viață sexuală echilibrată nu este epuizantă, ci are o influență favorabilă asupra organismului și că armonia sexuală dintre soți creează emoții pozitive. Numai relațiile sexuale nedorite și fără satisfacție deplină constituie emoții negative și sînt obositoare pentru organism.

Păstrarea unui tonus sexual bun pînă la o vîrstă înaintată se întîlnește la cei care au dus o viață sexuală echilibrată, fără excese.

IGIENA ORGANELOR GENITALE

Viața civilizată presupune o igienă corporală desăvîrșită, de la cea mai fragedă vîrstă. Igiena corporală nu poate să fie completă dacă se neglijează organele genitale. Igiena intimă a organelor genitale este un lucru necesar la toate vîrstele. Nu totdeauna însă se respectă acest deziderat. Igiena organelor genitale este obligatorie în primul rînd și din considerente fiziologice. Se știe că la nivelul organelor genitale se acumulează, în mod continuu, secreții ale glandelor sebacee. Acestea se depun în cutele

mucoasei genitale, în special la femeie, și reprezintă un mediu favorabil pentru fixarea și creșterea microbilor patogeni, urmată de apariția unor stări inflamatoare. Resturile de urină rămase la nivelul organelor genitale externe amplifică mirosul dezagreabil al secreției.

Bărbatul trebuie să-și spele zilnic, cu apă și săpun, organele genitale, insistînd la prepuțul glandular, în cutele căruia se pot depozita secreții dezagreabile și diferiți germeni care irită aceste organe. Cînd, din neglijență s-a produs totuși iritația glandului, atunci se vor utiliza pudră de talc și creme inofensive pe bază de vaselină. Este bine să amintim că, înainte de a face toaleta organelor genitale, trebuie bine spălate mîinile. Un lucru important, care se uită adesea, este spălarea organelor genitale înainte și după fiecare act sexual. Un lucru de care este bine să țină seama orice bărbat este protejarea lenjeriei sale de picăturile de urină. Ambianța igienică din partea ambilor soți are rolul ei în unirea sexuală și în stabilirea afinității dintre parteneri.

Organele genitale ale femeii, prin structura lor anatomică, cer o îngrijire și mai atentă, pentru că glandele organelor genitale feminine emit secreții și substanțe odorante în cantitate mai mare. Cutele mucoasei vulvare și vaginale sînt mai numeroase și aici se pot depozita, o dată cu impuritățile, și diferiți germeni. De aceea femeia va păstra o igienă minuțioasă a organelor sale genitale și totodată, o riguroasă igienă corporală generală. Ori de cîte ori transpiră mai mult în zilele calde de vară sau după o muncă fizică, gimnastică, sport, spălatul devine indispensabil.

Se recomandă spălarea zilnică a organelor genitale externe cu apă caldă și săpun. Femeia nu se va mulțumi cu spălarea numai la suprafață, ci va spăla atent fanta vulvară, pe toată întinderea ei, folosind un săpun moale.

Pentru spălarea organelor genitale trebuie folosită numai apă curată, călduță, de preferință fiartă și răcită. Spălatul nu este bine să se facă în lighean, ci turnîndu-se apă dintr-o cană, pahar sau de la duș pe mîinile în prealabil spălate. Înainte de spălare, femeia va urina. Spălatul trebuie efectuat cu săpun moale de toaletă, evitînd să fie introdus în vagin, pentru că este iritant.

Regiunea se clătește apoi bine cu apă, deoarece resturile de săpun produc iritații. După spălare, se utilizează un prosop uscat și moale. Se mai poate folosi pudra fină de talc parfumată cu lavandă. Lavanda are proprietatea să domine, comparativ cu alte parfumuri, odoarea genitală. Unele substanțe utilizate în scopuri anticoncepționale sînt și ele iritante pentru mucoasa genitală și modifică flora vaginală normală.

Uneori, se utilizează spălăturile vaginale în mod curent și se acordă mai puțină importanță toaletei genitale externe. Trebuie să precizăm că, din punct de vedere igienic, spălătura vaginală la o femeie sănătoasă nu este indicată ; numai la indicația medicului se vor face spălături vaginale.

Unele femei utilizează spălăturile vaginale după actul sexual. Dacă soții respectă regulile de igienă a organelor genitale externe, nu este nevoie de aceste spălături nici după actul sexual, decît atunci cînd sînt recomandate de medic.

Tot în legătură cu igiena, mai menționăm și faptul că starea de constipație, prin încetinirea circulației sîngelui în organele pelviene, este un factor favorizant în apariția leucoreei și a infecțiilor.

În ceea ce privește lenjeria care acoperă organele genitale, pentru ambele sexe, aceasta trebuie să fie lejeră și să nu fie confecționată nici din lînă, nici din nylon.

Deși regulile igienice amintite sînt cunoscute, ele nu sînt totdeauna respectate ; cel mai adesea, din cauza unor mici neglijențe.

Este bine să insistăm asupra faptului că respectarea acestor reguli de igienă va preveni apariția stărilor inflamatoare ale organelor genitale.

IGIENA MENSTRUAȚIEI

În antichitate, existau multe credințe și superstiții privind femeia la menstruație.

Cercetările științifice au demonstrat că, în timpul menstrei, femeia elimină prin sudoare anumite substanțe chimice, care sînt absente în restul timpului.

În afară de semnele pe care le poate acuza femeia la menstruație (irascibilitate, nervozitate, uneori cefalee și o stare de indispoziție), însăși eliminarea sîngelui menstrual, care are un miros fad, specific, poate contribui la trădarea acestei stări fiziologice pentru cei din jur. Din această cauză se impun anumite măsuri igienice.

Igiena locală va consta în aplicarea unui bandaj pe organele genitale, care să capteze sîngele scurs și să evite contactul acestuia cu rufăria sau cu tegumentele corpului. Bandajul va fi fixat corect, fără să alunece sau să cadă, și va fi menținut cu un cordon, care nu trebuie să fie prea strîns, ci cît mai comod. Cele mai bune bandaje sînt cele confecționate din vată obișnuită sau din vată de celuloză, înfășurate într-un tifon hidrofil. Un bandaj bun trebuie să fie moale, ușor, aerat și să aspire perfect sîngele. Bandajele trebuie schimbate de mai multe ori pe zi, înainte ca marginile acestora să fie îmbibate și mai înainte ca sîngele să apară la suprafața lor. Bandajele de vată sînt mai indicate și mai igienice decît cele durabile, care se întrebuințează în mod repetat.

Din comoditate, unele fete sau femei utilizează tampoane de vată pe care le introduc în vagin — așa-numitele tampoane vaginale. Aceste practici sînt neigienice și nocive, deoarece sîngele menstrual se poate acumula retrograd și fără posibilități de a se elimina. O altă practică neigienică este utilizarea chiloților de nylon care fixează bandajul însă împiedică aerația.

Baia corporală generală în timpul menstrei, atunci cînd se efectuează, trebuie să se facă numai în poziția de ortostatism, la duș, și cu grija ca apa să nu fie prea caldă sau prea rece și să nu pătrundă, o dată cu impuritățile, în interiorul organelor genitale. Din același motiv nu se recomandă scăldatul, vara, în timpul menstruației.

În perioada menstruației sînt absolut necesare o igienă fizică și psihică, o cruțare a organismului. Femeia se va abține de la eforturi fizice grele, de la spălat sau alte munci și va evita sportul, în special mersul pe bicicletă, alpinismul, înotul etc. Un fapt de care fetele uită adesea este că dansul are un efect nociv în această stare, deoarece determină congestionarea aparatului genital și exagerarea scurgerii sîngelui menstrual.

În ceea ce privește igiena alimentației, vor fi evitate alimentele excitante și în special băuturile alcoolice, care au acțiune congestivă și intensifică pierderea sanguină. În același timp, alcoolul scade autocontrolul și sentimentul de pudoare și favorizează relațiile sexuale la întîmplare.

FIZIOLOGIA ACTULUI SEXUAL

Masters H. W. şi Virginia E. Johnson (1966) au studiat cu metode ştiinţifice, în cadrul intim şi secret al laboratorului, reacţiile organismului (ale organelor genitale şi extragenitale) în timpul actului sexual, experimentînd pe cupluri voluntare formate din 382 de femei şi 322 de bărbaţi.

Rezultatele studiului lor laborios pe circa 10 000 de experienţe sexuale, în decursul a 11 ani de studiu şi în condiţii care reproduc ambianţa naturală, au permis autorilor o fundamentare ştiinţifică a fiziologiei actului sexual. Ei descriu ciclul reacţiilor sexuale, al nivelului tensiunii sexuale la bărbat şi la femeie, recunoscîndu-i în mod convenţional patru faze : de excitaţie, în platou, orgasmul (satisfacţia) şi faza de rezoluţie.

Deşi există o similitudine la cele două sexe privind reacţiile organelor genitale şi extragenitale în timpul actului sexual, totuşi se constată şi unele particularităţi la fiecare sex privind evoluţia curbei tensiunii sexuale în timpul celor patru faze. În cele ce urmează se vor prezenta succint concluziile la care au ajuns Masters şi Johnson în cursul studiului lor magistral.

CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL LA BĂRBAT

La bărbat există un singur tip de răspuns sexual în timpul copulaţiei, cu mici variaţii, care se înscrie după o diagramă care confirmă datele clasice.

Faza de excitaţie şi erecţie. Primul răspuns fiziologic la stimularea sexuală eficace, produsă de o sursă de stimulare fizică sau psihică este intrarea în erecţie a penisului. Erecţia survine, de obicei, în 3—8 secunde de la debutul unei excitaţii, pînă la vîrsta de 40 de ani. Cînd tensiunea sexuală şi erecţia bărbatului ating un anumit

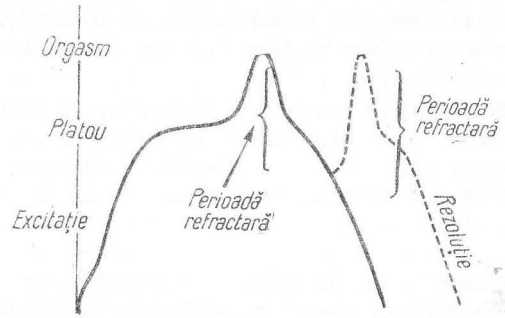


Fig. 12. — Ciclul răspunsului sexual la bărbat (după Masters şi Johnson, 1966).

nivel, în prezenţa partenerei, apare necesitatea de intromisiune şi începe copulaţia propriu-zisă. Intensitatea erecţiei poate creşte sau diminua pînă la dispariţie, dacă excitaţia se prelungeşte. De asemenea, erecţia poate dispare parţial sau complet prin apariţia unor stimuli nesexuali (un zgomot violent, la auzul unei voci străine, în prezenţa unei asistenţe etc.), chiar dacă are loc o stimulare fizică constantă genitală. Concomitent cu erecţia penisului, în această fază, se produce şi o creştere vasocongestivă a testiculelor şi o ridicare a lor parţială către perineu prin scurtarea cordonului spermatic. De asemenea, are loc o subţiere a tegumentelor scrotale şi o ridicare a scrotului.

Extragenital, se constată o creştere a ritmului cardiac paralelă cu creşterea tensiunii sexuale. Tensiunea arterială creşte o dată cu intromisiunea ; presiunea sistolică cu 40—100 mm Hg şi cea diastolică cu 20—50 mm Hg.

Faza în platou. În această fază, tensiunii sexuale în platou îi corespunde o creştere a circumferinţei coroanei glandului şi o schimbare a culorii lui în roşu-violaceu,

preejaculator. De asemenea, către sfîrşitul acestei faze în platou, reacţia congestivă testiculară este maximă (are loc o mărire a lor cu 50%) şi o elevaţie a lor foarte apropiată de perineu, care este semnificativă pentru iminenţa de ejaculaţie. Preejaculator, se mai constată că glandele Cowper emit 2—3 picături de lichid mucoid.

Faza în platou se însoţeşte de o creştere a ritmului cardiac, între 100—175 bătăi/minut, şi o creştere a presiunii sistolice cu 20—80 mm Hg, iar a presiunii diastolice cu 10—40 mm Hg.

Faza de ejaculare şi orgasm. Ejacularea este un act reflex al cărui centru este situat în măduva lombară, iar căile eferente sînt cele ale plexului hipogastric. Actul ejaculaţiei are două etape : în prima etapă se produce o expulsie a lichidului seminal în afara glandelor sexuale accesorii (prostată, vezicule seminale, conduct ejaculator) în uretra posterioară, datorită contracţiilor acestor glande accesorii ; în a doua etapă se produce progresiunea lichidului seminal (sperma) sub presiune, de-a lungul uretrei penisului pînă la meat, datorită contracţiilor ritmice expulzive pe toată lungimea uretrei peniene. Progresiunea lichidului seminal este ajutată de contracţiile ritmice ale sfincterului uretrei, al muşchilor bulbo-spongioşi, ischiocavernoşi, transversul superficial şi profund al perineului. Contracţiile expulsive peniene survin la 0,8 secunde interval, pentru primele 3—4 contracţii, apoi scad şi ca frecvenţă şi ca forţă expulsivă.

Consecutiv acestor contracţii ritmice apare emisiunea sacadată a lichidului seminal. Desfăşurarea primei şi celei de a doua etape a ejaculaţiei constituie expresia fiziologică a orgasmului masculin, a stării de satisfacţie. Orgasmul este definit ca o senzaţie paroxistică plăcută şi o eliberare bruscă din tensiunea neuropsihică acumulată pînă în acest moment. În timpul primei etape a ejaculaţiei (contracţia glandelor sexuale accesorii) bărbatul simte venirea ejaculaţiei, pe care nu o mai poate controla atunci cînd lichidul seminal a ajuns în uretra prostatică. Distensia dublă sau triplă a bulbului uretral la sfîrşitul fazei în platou prin senzaţiile proprioceptive pe care le determină, se traduce prin impresia de inevitabilitate a ejaculaţiei. În timpul celei de a doua etape a ejaculaţiei bărbatul apreciază subiectiv intensitatea contracţiilor expulzive ale uretrei peniene ; primele cîteva contracţii forte sînt resimţite cu plăcere intensă, în timp ce ultimele contracţii încetinite şi aproape fără tensiune ejaculatorie pot să nu fie percepute sau dau o senzaţie plăcută minimă.

Un alt element care intervine este aprecierea volumului lichidului seminal ejaculat, care cu cît este mai abundent, cu atît orgasmul este resimţit mai intens. După o perioadă de abstinenţă, prima ejaculaţie determină un orgasm intens, violent în timp ce a doua ejaculaţie, care are loc la o mică distanţă de prima, se însoţeşte de o senzaţie plăcută mai moderată.

Acest tip de reacţie subiectivă orgasmică este în opoziţie cu tipul de răspuns orgasmic la femei, la care în timpul unei experienţe multiorgasmice (într-o întîlnire sexuală), de obicei a doua sau a treia experienţă orgasmică este resimţită subiectiv ca cea mai agreabilă şi mai satisfăcătoare. La bărbatul care ejaculează de mai multe ori, într-o întîlnire sexuală, prima ejaculaţie este resimţită subiectiv ca cea mai satisfăcătoare. În timp ce orgasmul feminin poate fi întrerupt prin intervenţia unor stimuli psihosenzoriali externi negativi, ejaculaţia şi orgasmul bărbatului o dată începute nu mai pot fi întrerupte ; ejaculaţia poate fi numai amînată voluntar (prin încetarea mişcărilor copulatorii, distragerea atenţiei), dar numai în intervalul pînă la începerea contracţiilor glandelor sexuale accesorii.

În timpul fazei orgasmice, la bărbat, ritmul respirator creşte la peste 40/minut, ritmul cardiac este între 110—180 bătăi/minut, iar presiunea sistolică creşte cu 40—100 mm Hg, cea diastolică cu 20—50 mm Hg.

În timpul orgasmului, eritemul sexual, o erupţie maculopapuloasă superficială a tegumentelor, atinge intensitatea maximă. Orgasmul se însoţeşte şi de contracţii involuntare şi spasme ale unor grupe musculare.

Faza de rezoluţie. Detumescenţa penisului în această fază are loc în două etape distincte : în prima etapă se produce o decongestie peniană la începutul perioadei refractare, care reduce dimensiunile penisului din starea de erecţie completă la dimensiuni de aproape o

dată şi jumătate ale penisului nestimulat. Această primă etapă de detumescenţă peniană survine, de obicei, extrem de rapid. În a doua etapă se produce revenirea dimensiunilor penisului la starea lui normală ; această etapă durează, de obicei, mai mult timp după perioada refractară. Cînd actul copulator a durat mai mult timp, după apariţia ejaculaţiei se menţine un grad important de vasocongestie a penisului. În general, detumescenţa penisului este încetinită în timpul celei de a doua etape, cînd o stimulare sexuală reziduală persistă şi este accelerată, dacă stimulii sexuali continuă să fie intenşi. În faza de rezoluţie, testiculii îşi pierd mărimea vasocongestivă şi descind complet în interiorul scrotului în poziţie normală. Această reacţie poate să fie rapidă sau lentă în funcţie de lungimea fazei în platou. De asemenea, scrotul îşi pierde aparenţa congestionată şi destinsă şi reapare aspectul plisat. Dintre reacţiile extragenitale cea mai importantă este o reacţie de sudaţie involuntară, dar inconstantă, limitată în general, la plantele picioarelor şi la palmele mîinilor. În faza de rezoluţie, ritmul respirator, ritmul cardiac şi tensiunea arterială revin la normal.

CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL LA FEMEIE

Spre deosebire de datele clasice, Masters şi Johnson au constatat la femeie 3 tipuri majore de răspuns sexual şi de obţinere a orgasmului, care se înscriu după 3 curbe : una abruptă, asemănătoare orgasmului masculin, şi altele două mai lente (una în „dom" şi alta „în platou").

Deoarece în literatură se fac multe aprecieri, unele neargumentate ştiinţific, privind rolul organelor genitale externe şi îndeosebi a clitorisului, este necesar să se reamintească cîteva noţiuni de anatomie şi fiziologie.

Clitorisul, organ unic în anatomia umană, este compus din doi corpi cavernoşi înconjuraţi de o membrană de natură fibroasă, elastică. Fiecare din aceşti corpi cavernoşi se inseră pe ramura ischiopubiană prin inter-

mediul a doi mici muşchi ischiocavernoşi, iar extremitatea distală a clitorisului formează glandul clitorisului, care măsoară 4—5 mm, transversal. Ligamentul suspensor al clitorisului se inseră pe faţa superioară a septului median. Nervul dorsal al clitorisului este o ramură a nervului ruşinos intern, a cărui extremitate formează

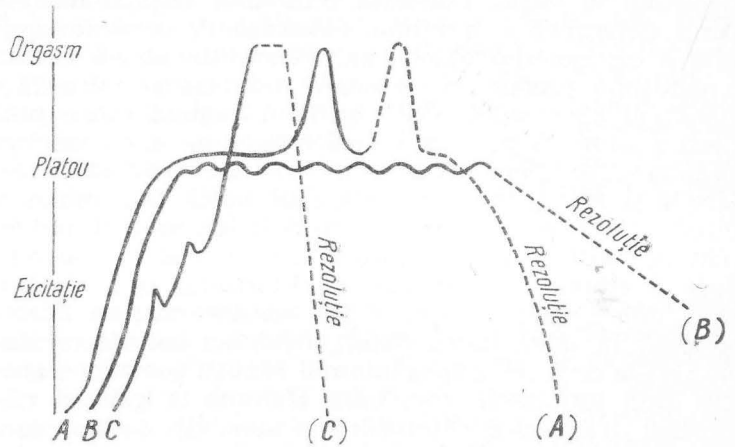


Fig. 13. — Ciclul răspunsului sexual la femeie, cu cele trei variante. A — „în vîrf" ; *B* — „în dom" ; *C* — „în platou" (după Masters şi Johnson, 1966).

un plex nervos în interiorul glandului şi a corpilor cavernoşi. Corpusculii Pacini sînt prezenţi în corpii cavernoşi şi îndeosebi sînt repartizaţi în gland. Aceste formaţiuni asigură stimularea proprioceptivă. Distanţa între baza clitorisului şi meatul uretral este în medie de 2,5 cm, dar variază de la caz la caz ; la teleclitoridiene această distanţă este mai mare de 2,5 cm şi ar fi defavorabilă obţinerii orgasmului. În trecut, s-a acordat o importanţă majoră taliei glandului clitoridian şi poziţiei lui, dar Dikinson şi Pierson şi, îndeosebi cercetările lui Masters şi Johnson, susţin că nu există o relaţie între talia glandului clitorisului şi poziţia lui, pe de o parte, şi eficacitatea stimulării sexuale feminine, pe de altă parte. Totuşi, unii autori au obţinut remisiu-

nea unor frigidităţi prin coborîrea chirurgicală a clitorisului (clitorichatezie) la femeile teleclitoridiene.

Clitorisul are un rol de receptor şi de transformator al stimulilor sexuali de origine somatică sau psihică. Stimularea clitoridiană în timpul coitului se produce indirect prin distensia labiilor mici, datorită penetraţiei penisului în vagin. Distensia orificiului vaginal dată de penis determină o tracţiune mecanică de o parte şi de alta a capuşonului clitoridian. Penetraţia activă ritmică a penisului produce o stimulare indirectă sau directă a glandului clitorisului. Dacă orificiul vaginal este prea destins atunci se produce numai o tracţiune şi o stimulare minimă clitoridiană. Numai în poziţiile *cohabitatio lateralis* şi *coitus inversus*, clitorisul poate fi stimulat şi direct. Indiferent de tehnica coitală folosită şi indiferent de varietăţile anatomice şi ale poziţiei lui, se produce o stimulare secundară a clitorisului prin tracţiunea ritmică asupra capuşonului labiilor mici în timpul coitului. În sexualitatea femeii, clitorisul are un rol dublu : acela de a recepţiona stimulii sexuali somatici transmişi prin terminaţiile nervoase aferente la glandul clitoridian ; răspunsul clitorisului la acest tip de stimulare este în funcţie de cantitatea şi calitatea terminaţiilor nervoase şi îndeosebi de numărul corpusculilor Pacini, localizaţi în glandul şi în corpul clitoridian, care diferă de la femeie la femeie. Pe de altă parte, clitorisul reacţionează şi la stimulii psihici, veniţi pe căile nervoase eferente şi-i transformă în senzaţii senzuale, care sînt percepute de femei în mod diferit. Cele două atribute funcţionale de receptor şi de transformator al stimulilor sexuali sînt combinate chiar în cadrul stimulării clitoridiene numai somatice directe sau indirecte, deoarece şi în acest caz intervine atracţia psihică, imaginaţia, vederea partenerului etc.

Cunoaşterea răspunsului clitoridian la o stimulare sexuală eficace a fost posibilă prin studiul masturbaţiei la femei, care a arătat următoarele : nu s-a observat niciodată două femei care să se masturbeze de aceeaşi manieră, totuşi ele au un punct comun, acela că procedează rar la o manipulare directă a glandului clitorisului ; de

obicei, se stimulează toată zona „muntelui Venus". Stimularea directă a clitorisului determină ca acesta să devină foarte sensibil la tuşeu sau la presiune după obţinerea orgasmului. Există o limită foarte îngustă între stimulare şi iritaţie prin manipularea directă a clitorisului. Fiecare femeie îşi cunoaşte cel mai bine zonele erogene cele mai sensibile care sînt : glandul clitoridian, muntele Venus, labiile mici, zona perineului etc. Reacţiile fiziologice care survin în glandul clitoridian, în timpul excitaţiei şi actului sexual sînt aceleaşi, fie că este stimulat direct (manual, mecanic, în anumite poziţii coitale), fie că este stimulat indirect prin stimularea zonei muntelui Venus, a celorlalte zone erogene sau prin majoritatea poziţiilor coitale. Există numai deosebiri privind intensitatea şi rapiditatea apariţiei excitaţiei în funcţie de stimularea directă sau indirectă a glandului clitoridian.

În faza de excitaţie, se produce o tumescenţă a glandului clitoridian, vizibilă clinic. Vasocongestia determină o creştere a diametrului glandului pînă la dublarea dimensiunii lui. Această tumescenţă este mai intensă şi apare mai rapid la excitarea directă a clitorisului. Tumescenţa clitorisului numită şi „erecţie clitoridiană" este asemănată cu erecţia penisului, deşi nu se produce o erecţie totală a clitorisului, iar în 50% din cazuri nu se produce nici erecţia glandului clitoridian. Cu cît glandul clitoridian este mai mic cu atît mai rar apare această reacţie de tumescenţă netă. Indiferent dacă apare sau nu tumescenţa glandului se produce totuşi o alungire a corpului clitoridian.

Un alt răspuns la o stimulare sexuală eficace este lubrifierea vaginală care apare după 10—30 de secunde de la debutul excitaţiei. Pereţii vaginului elaborează o substanţă lubrifiantă care apare secundar unei dilataţii importante a plexului venos, care înconjoară canalul vaginal, printr-un mecanism similar transsudaţiei. Concomitent, vaginul se destinde şi are loc expansiunea canalului vaginal şi o ridicare parţială a uterului în poziţia anterioară. Labiile mari se congestionează şi cresc la multipare, iar la nulipare se aplatizează şi se ridică anterolateral. Labiile mici se subţiază şi expansiunea

lor face să crească orificiul vaginal cu un centimetru. În privința reacțiilor extragenitale, în această fază, se produce erecția mameloanelor și o creștere vasocongestivă a sînilor. Mușchii voluntari intră, de asemenea, în tensiune, musculatura abdominală și intercostală este în hipertonie, iar ritmul cardiac crește ușor, proporțional cu creșterea tensiunii sexuale.

Faza în platou. Răspunsul fiziologic al vaginului, cînd tensiunea sexuală este în platou, constă dintr-o vasocongestie netă, localizată în treimea externă a vaginului *(platforma orgasmică),* care produce o reducere a lumenului vaginal la acest nivel de 50%. Concomitent, are loc o ultimă creștere în lungime și lărgime a canalului vaginal. Această retracție temporară a orificiului vaginal datorită platformei orgasmice contribuie la reținerea lichidului seminal în vagin și favorizează astfel capacitatea fecundantă a bărbatului.

Cînd nivelul tensiunii sexuale este în platou, corpul clitoridian și glandul părăsesc poziția reliefată și se retractă spre marginea superioară a simfizei pubiene.

Uterul suferă o ridicare completă în marele bazin, astfel că apare o dilatație eliptică în planul median al vaginului și concomitent crește și excitabilitatea corpului uterin. Labiile mici devin de culoare foarte vie, care variază de la roșu aprins la roșu închis, indiciu semnificativ pentru iminența apariției orgasmului. Glandele Bartholin secretă 1—2 picături de substanță mucoidă, care se adaugă la lubrifierea vaginală.

Orgasmul feminin. În momentul orgasmului, al satisfacției feminine, se produce o creștere a tensiunii miotonice în tot corpul ; mușchii gîtului, ai brațelor, ai gambelor se contractă, de obicei printr-un spasm involuntar.

Debutul fiziologic al orgasmului este semnalat de contracția ritmică a platformei orgasmice, la distanța de 0,8 secunde pentru primele 3—6 contracții (care sînt de o durată egală cu primele contracții ejaculatorii ale penisului). Numărul și intensitatea contracțiilor platformei orgasmice sînt în relație directă cu importanța subiectivă și durata obiectivă a fiecărei experiențe orgasmice. În timpul orgasmului se produc și contracții ale uterului, care pot debuta aproape în același timp cu

contracțiile platformei orgasmice, dar acestea sînt mai puțin intense și neregulate. Aceste contracții încep în fundul uterului, se propagă în partea mediană și se termină în segmentul inferior al uterului. Intensitatea și durata contracțiilor uterine variază mult de la un orgasm la altul. În timpul orgasmului se mai pot produce contracții și ale sfincterului uretral și rectal.

În privința reacțiilor extragenitale, se constată o rapidă detumescență a areolelor mamare și plisarea lor, ceea ce permite o identificare vizuală a orgasmului feminin. Eritemul sexual, erupția maculopapuloasă superficială a tegumentelor, atinge intensitatea maximă în timpul orgasmului. De asemenea, ritmul cardiac crește ajungînd la 110—130/minut. Tensiunea arterială sistolică se ridică cu 30—80 mm Hg și cea diastolică cu 20—40 mm Hg. Ritmul respirator arată o hiperventilație la un ritm de peste 40/minut.

În ceea ce privește concordanța între senzațiile subiective orgasmice și reacțiile fiziologice care însoțesc orgasmul, se constată că înainte de a avea loc contracțiile ritmice al platformei orgasmice, se produce un spasm inițial al acesteia, care este perceput de către femeie ca începutul experienței orgasmice. Acest spasm inițial ar fi similar cu contracția prostatei și veziculelor seminale înainte de debutul contracțiilor expulzive ritmice ale penisului.

Senzațiile subiective ale femeii în timpul orgasmului au putut fi stabilite de Masters și Johnson prin interviul a 487 de femei, imediat în perioada postorgasmică și s-au putut trage următoarele concluzii :

Primul stadiu începe printr-o senzație de suspensie, de „oprire" de o secundă, urmată imediat de o creștere intensă a senzualității localizată în zona clitoridiană și cu iradiere în pelvis de o intensitate mergînd de la un nivel moderat pînă la un anumit grad de „șoc". Simultan, se produce și o pierdere a acuității senzoriale. Concomitent cu senzația de acuitate clitoridiană și pelviană, în timpul primei etape, a fost descrisă, de un număr de femei, o senzație de expulzie sau de pierdere reală a unui fluid. Această senzație posibil că este la originea ideii foarte răspîndite, că ejaculația feminină ar face parte

integrantă din orgasm ; în realitate, nu poate fi vorba de o ejaculație propriu-zisă, deoarece emisiunea lichidului mucoid lubrifiant al vaginului se produce continuu încă din faza de excitație. Pentru un procent mic de femei acest fenomen ar putea corespunde acelei senzații de secreție în plus a 2—3 picături de mucus de către glandele Bartholin la sfîrșitul fazei în platou. Orgasmul poate apărea și fără această senzație de „expulzie". În a doua etapă a progresiunii senzației subiective orgasmice, femeia simte o senzație de căldură care invadează zona pelviană și apoi se răspîndește în corp. În final, femeia acuză o senzație de contracție involuntară localizată specific în vagin sau în partea cea mai de jos a pelvisului, urmată de o senzație descrisă ca „bătăi pelviene". Corelîndu-se aceste senzații subiective cu reacțiile obiective înregistrate, s-a clarificat că această fază a senzației contractile are loc în același timp cu spasmul inițial al platformei orgasmice, iar senzația de „bătăi pelviene" corespunde contracțiilor regulate ale platformei orgasmice.

După observațiile subiective și obiective, un orgasm feminin de intensitate și durată normală este dat de circa 5—8 contracții orgasmice intense ale platformei orgasmice ; 8—12 contracții corespund pentru o experiență orgasmică intensă, în timp ce 3—5 contracții reprezintă un orgasm moderat.

De menționat că, în al doilea și al treilea trimestru de sarcină, crește senzația obiectivă și intensitatea orgasmului. Unele femei raportează că în timpul celei de a doua etape a perioadei de travaliu, resimt o senzație foarte asemănătoare celei din prima etapă a orgasmului. Aceasta corespunde cu aluzia făcută în literatură cum că adevăratul orgasm al femeii ar fi resimțit în timpul nașterii.

Deși după datele clasice ar exista un orgasm de origine clitoridiană și altul de origine vaginală, observațiile lui Masters și Johnson, în timpul coitului artificial, stabilesc că reacțiile canalului vaginal determinate de stimularea directă a lui au fost identice cu tipul de răspuns vaginal produs prin stimularea glandului clitoridian, directă sau indirectă. De altfel, autorii au observat

3 femei care au relatat posibilitatea obținerii orgasmului prin simpla stimulare a unei zone erogene corporale, la fel ca și prin stimularea coitală a clitorisului sau muntelui Venus, observîndu-se același tip de reacții vaginale în cele trei situații.

Indiferent de stimularea glandului clitoridian, tipurile de reacție ale clitorisului sînt identice, numai intensitatea excitației variază în funcție de eficacitatea tehnicii stimulatoare directă sau indirectă.

Cînd o femeie atinge orgasmul indiferent de tipul de excitație, vaginul și clitorisul reacționează după tipul fiziologic constant. Pentru aceste considerente, după autorii citați, nu ar exista un orgasm vaginal și unul clitoridian, ca entități separate.

Totuși, unele femei nu cunosc decît senzațiile voluptoase declanșate la nivelul clitorisului în timp ce altele relatează că nu au decît un orgasm prin excitare vaginală.

ACTUL SEXUAL ÎN STĂRILE FIZIOLOGICE

În timpul menstruației. Toți autorii sînt de acord cu privire la întreruperea relațiilor sexuale în această perioadă fiziologică prin care trece femeia. Considerentele care susțin să se adopte această atitudine sînt multiple. În această perioadă femeia este obosită și hipersensibilă și are nevoie de repaus. În afară de considerentele biologice, mai este vorba și de lezarea simțului estetic. În asemenea împrejurări, trăirea psihică a actului sexual nu-și găsește locul. În timpul menstrei, căile genitale ale femeii sînt congestionate, cu un flux crescut de sînge, uneori dureroase, pot sîngera ușor și, mai ales, au o rezistență scăzută la infecții. În aceste condiții femeile sînt predispuse la îmbolnăviri și infecții genitale (metrite, salpingite, ovarite) ; la bărbat pot apărea uretrite banale.

Dacă totuși actual sexual are loc în această perioadă, după obținerea orgasmului, femeia constată un flux mai abundent menstrual, datorită vasocongestiei și răspunsului contractil al uterului.

În timpul sarcinii. Starea de graviditate solicită din plin întregul organism, cu atît mai mult, cu cît sarcina progresează în timp. Dorința sexuală diferă de la femeie la femeie și este în legătură cu libidoul dinainte de sarcină. O femeie cu un libidou scăzut, cu un tonus sexual slab, parțial satisfăcută în viața sexuală, în timpul sarcinii, de cele mai multe ori, va avea o repulsie pentru relațiile sexuale. O femeie cu un libidou exagerat va manifesta în timpul primei jumătăți a perioadei de sarcină aceeași dorință sexuală ca mai înainte, dar începînd cu a doua jumătate a acestei perioade, libidoul scade.

Contracțiile orgasmice ale uterului, înregistrate în al doilea și al treilea trimestru de sarcină, sînt resimțite subiectiv mai intens, comparativ cu femeia care nu este însărcinată (Masters W. H. și Johnson V. E.).

În timpul primei jumătăți a perioadei de sarcină, raporturile sexuale sînt permise în ritmul de unul la 6—10 zile, dar începînd cu a doua jumătate a acestei perioade, ele trebuie mult rărite, iar în ultimele 8 săptămîni de sarcină, complet interzise. Trebuie adoptată această conduită din următoarele cauze : starea de tensiune a femeii din timpul actului sexual, ca și contracțiile uterine ale ei, la începutul sarcinii, pot avea urmări nocive asupra embrionului, iar cînd sarcina este avansată se pot produce dureri de naștere, nașteri premature, infecții puerperale. Ținînd seama de consecințele arătate, relațiile sexuale trebuie rărite, mai ales în perioadele avansate ale sarcinii și interzise în ultimele două luni.

După naștere. După acest eveniment important, toți autorii, fără excepție, indică abstinența sexuală. În ce privește durata reținerii de la relații sexuale, răspunsul ni-l dă fiziologia organelor genitale feminine. Organele genitale revin la volumul și starea funcțională dinainte de sarcină în aproximativ 6—8 săptămîni. Această perioadă de involuție după naștere reprezintă timpul în care uterul și celelalte organe revin la normal.

Deși poarta de intrare pentru infecții se închide mai devreme de 14 zile, rămîne totuși o stare de fragilitate genitală, cu tendință la hemoragii, teren pe care supraadăugarea excitațiilor sexuale, prin acțiunea ei congestivă, ar mări și mai mult afluxul sanguin în organele genitale. Mamei, care a trecut prin atîtea emoții și traumatisme în timpul sarcinii și expulsiei fătului, îi trebuie răgazul cuvenit pentru recuperarea forței fizice și morale pe care a cheltuit-o. Nou-născutul i-a cerut mamei multe sacrificii. Bărbatului îi rămîne să facă un lucru mult mai simplu : acela de a se abține de la relații sexuale timp de două luni.

ACTUL SEXUAL ÎN STĂRILE PATOLOGICE

Actul sexual cere un efort al întregului organism. Dintre reacțiile generale ale organismului în timpul actului sexual, al orgasmului, reamintim : creșterea ritmului respirator la peste 40/min., tahicardia (între 110—180/min.), creșterea tensiunii arteriale, a presiunii sistolice cu 30—100 mm Hg și celei diastolice cu 20—50 mm Hg. Pussep a dovedit că actul sexual crește tensiunea arterială și produce vasodilatația arterelor cerebrale. Vasodilatația cerebrală cea mai intensă se produce în momentul intromisiunii și scade brusc, o dată cu sfîrșitul actului sexual. Dacă suprasolicitarea diverselor aparate este bine suportată de un organism sănătos, nu tot așa stau lucrurile în starea de boală, cînd mecanismele acomodării sînt deja dereglate și nu pot face față unui efort în plus, ca acela al actului sexual. Astfel, în stările de convalescență după diferite boli și în stările de subfebrilitate, chiar dacă există o ușoară creștere a dorinței sexuale, totuși este bine să existe moderație în activitatea sexuală.

În bolile inflamatorii ale organelor genitale (anexite, metrite, metroanexite, endometrite), care sînt însoțite și de dureri, actul sexual, în afară de faptul că poate exagera starea de congestie, în plus nu este dorit de femeie, din cauza durerilor (dispareunie).

O grijă deosebită și simț de răspundere se impun atunci cînd unul dintre parteneri este purtătorul unei boli transmisibile. Dificultatea în aceste cazuri mai reiese și din faptul că la începutul contractării acestor boli, în stadiul incipient al lor, individul nu-și dă seama că este

bolnav. În afară de faptul că contractarea unei boli venerice înseamnă o lezare morală a partenerului, în același timp are urmări nocive asupra sănătății și funcțiilor genitale ale celui în cauză.

O situație specială, în care actul sexual este factor favorizant și declanșator al unor accidente grave, este cazul bolilor cardiovasculare (hipertensiune arterială, ateroscleroză, insuficiență coronariană, insuficiență cardiacă sau infarct miocardic). În aceste situații, actul sexual este absolut interzis, deoarece efortul suprаadăugat și excitațiile sexuale pot avea drept urmări accidente grave (rupturi vasculare, hemoragii cerebrale), care pun viața în pericol.

EUPAREUNIA

Eupareunia constă în îndeplinirea unui act sexual normal, satisfăcător pentru ambii parteneri.

Premisa realizării unei astfel de armonii sexuale, este existența unei afinități spirituale reciproce între cei doi parteneri. Egalitatea intensității sentimentelor la cei doi parteneri este mai greu realizabilă, în schimb prezența unei afinități psihice, reciproce, este absolut necesară în vederea unui act sexual complet.

Din punct de vedere psihoafectiv-sexual, există unele deosebiri între bărbat și femeie :

La bărbat, libidoul este mai imperios și mai brutal. Sfera sexuală a bărbatului este mai localizată și mai bine centrată în jurul organului său erectil. Erecția peniană și sensibilitatea glandului sînt intense în faza de excitație și estompează, în mare măsură, senzațiile zonelor erogene secundare, care la femeie au o participare importantă în actul sexual.

La bărbat, incitațiile organice, tumescența organică constituie elementul major al libidoului, excitația psihică apărînd pe planul al doilea. Deci elementele fizice, organice, ale actului sexual propriu-zis sînt preponderente față de cele psihice, erotice.

Datorită sferei sexuale mai localizate, cît și datorită rapidității proceselor organice, reflexe vasculare, orgasmul masculin se obține mai rapid, este mai intens și mai distinct perceput, în comparație cu orgasmul feminin, care se obține mai lent și durează mai mult.

La femeie, libidoul este mai slab ca intensitate, datorită excitabilităţii ei sexuale organice mai atenuate şi difuze. Dorinţa sexuală a femeii este mai variabilă în timp decît la bărbat şi depinde de factorul individual, de partener, iar la aceeaşi femeie este influenţată şi de perioadele ciclului menstrual (la majoritatea femeilor, libidoul este mai intens preovulator, scade imediat postovulator şi apoi creşte premenstrual). Există deci o tendinţă de periodicitate în ceea ce priveşte apariţia libidoului la femeie.

Sfera sexuală a femeii este mai extinsă şi dispersată. Sensibilitatea sexuală feminină este superficială, difuză şi nespecifică. Pentru ea, excitaţia sexuală este înainte de toate psihică. Libidoul este determinat de preponderenţa reprezentărilor ei psihice faţă de cele organice. Dacă femeia se află într-o stare de indiferenţă sexuală din punct de vedere psihic, atunci excitarea chiar a zonelor ei erogene, genitale, poate rămîne fără răspuns sau este percepută ca o senzaţie neplăcută.

La femeie, perioada detumescenţei sexuale este aproape tot atît de durabilă ca şi tumescenţa (acumularea excitaţiilor), deoarece reprezintă stingerea unei energii neuropsihice mai mari, care a necesitat mai mult timp pentru cumulare. De aici decurge necesitatea pentru bărbat a respectării „preludiului", cît şi a postludiului.

Fenomenele neuropsihice constituie substratul major al actului sexual, nu numai pentru femei, ci şi pentru bărbaţii care prezintă un grad de impotenţă sexuală. În aceste cazuri, detumescenţa lor se prelungeşte şi se apropie de cea feminină.

După aceste cîteva consideraţii, să vedem care sînt condiţiile anatomice, fiziologice şi psihice necesare eupareuniei.

CONDIŢIILE ANATOMICE

Sînt necesare maturizarea completă morfologică a organelor genitale şi existenţa unei oarecare corespondenţe între cei doi parteneri ai cuplului. Hipoplaziile tractului

genital feminin, ca şi dezvoltarea exagerată a organelor genitale masculine pot determina dispareunia. Dizarmoniile morfologice mari pot influenţa negativ obţinerea orgasmului.

În stare flască, lungimea normală a penisului variază între 8,5 cm şi 10 cm (media 9,5 cm) (Dickinson, Loebe). S-a crezut că un penis mai dezvoltat creşte mult mai mult în timpul erecţiei, comparativ cu unul mai mic. Dar observaţiile riguroase au arătat că în timp ce lungimea unui penis mai mic se dublează prin erecţie, altul, care în stare flască este mai dezvoltat (10—11,5 cm), în erecţie creşte cu 7—7,5 cm.

Aşa cum a arătat Piersal, penisul este singurul din toate organele corpului ale cărui dimensiuni se raportează cel mai puţin la dezvoltarea fizică generală. S-a presupus că cu cît un bărbat este mai înalt şi musculos, cu atît penisul este mai mare, atît în stare flască cît şi în erecţie. Un examen pe 312 bărbaţi între 21—89 de ani, confirmă că nu există nici o relaţie între talia indivizilor şi dimensiunile organului copulator masculin.

Lungimea vaginului este în medie de 8—9 cm. Fiind foarte extensibil, acesta permite acomodarea cu organul sexual masculin în timpul copulaţiei. Totuşi, dacă penetraţia are loc la începutul fazei de excitaţie, înainte de expansiunea în lungime a vaginului, femeia poate avea dificultăţi. În general, la primul act sexual, un penis mic în erecţie, asigură o dilatare vaginală la fel de eficace ca şi unul mai mare. Există totuşi şi femei care au vaginul excepţional de dezvoltat sau dimpotrivă foarte mic, cum sînt şi bărbaţi cu penis foarte dezvoltat sau prea mic. În aceste situaţii acomodarea sexuală este deficitară. Un vagin prea dezvoltat reacţionează ca şi un vagin traumatizat obstetrical şi se dilată involuntar mult mai mult decît este necesar fiziologic. Vaginul excepţional de mic, situaţie foarte rară (infantilism genital), poate crea dificultăţi la coit, mai ales dacă tensiunea sexuală a femeii nu a atins un nivel ridicat. Dificultăţi pot apare, de asemenea, la femeie după perioade lungi de abstinenţă sau în postmenopauză.

În concluzie, se apreciază că dimensiunile penisului reprezintă un factor minim privind stimularea exteroceptivă și proprioceptivă a celor doi parteneri.

Inelul vulvar trebuie să fie normal, iar orificiul vaginal, fără obstrucții sau fenomene inflamatorii. De asemenea, este necesară o secreție normală fiziologică a glandelor vulvare.

Este necesar să existe o elasticitate fiziologică mare a conductului vaginal, care asigură deseori o corespondență morfologică ; dacă aceasta dispare, apar dificultăți în timpul actului sexual.

Integritatea inervației locale senzitive, vasomotorii a organelor genitale, ca și integritatea centrilor sexuali nervoși superiori și medulari reprezintă o condiție obligatorie pentru eupareunie.

La femeie, distanța la care se află clitorisul față de orificiul uretral este un factor care influențează obținerea orgasmului. La teleclitoridiene (distanță mai mare de 2,5 cm), există o dificultate în obținerea orgasmului, explicată prin întîrzierea și insuficienta stimulare a clitorisului în timpul copulației. Ca dovadă, menționăm rezultatele bune obținute în unele frigidități prin tratament chirurgical — clitorichatezie (coborîrea operatorie a clitorisului). Palmer a reluat procedeul lui Holban-Narjani, care consta în secționarea ligamentului suspensor al clitorisului.

CONDIȚIILE FIZIOLOGICE

Este necesară o potență sexuală normală cvasiegală a celor doi parteneri. Dizarmonia survine în cazul unor inegalități de potență însemnată din punct de vedere cantitativ, și anume este dezavantajat partenerul sau partenera cu potență mai mare. În afară de aceasta, mai există și neconcordanța în timp a libidoului la cei doi parteneri, în legătură cu factorii de mediu extern (climat, anotimp, alimentație) și de mediu intern (starea sănătății, stări fiziologice ale femeii).

Dorința sexuală a femeii, în aceleași condiții psihice, variază în funcție de unele stări fiziologice. Astfel, intensitatea maximă a libidoului în raport cu fazele ciclului menstrual este variabilă și nu se situează în același moment pentru toate femeile. Există femei cu libidou crescut la jumătatea ciclului, preovulator și (sau) premenstrual. Teama de sarcină poate contracara acest libidou crescut. Unele femei manifestă un libidou crescut după trecerea menstruației, probabil din cauza abstinenței în această perioadă, dar există și femei cu libidou crescut în timpul menstruației (din cauza excitației produse de scurgerea menstruală). Toți autorii sînt de acord asupra faptului că libidoul diminuă postovulator, din cauza secreției de progesteron. În general, libidoul este crescut în perioadele de vîrf foliculinic, care se situează la jumătatea ciclului sau premenstrual.

În timpul sarcinii, libidoul este crescut în prima jumătate a acestei perioade și scade în a doua jumătate.

În preclimacterium (premenopauză și preandropauză), libidoul este crescut. În postclimacterium, libidoul persistă, îndeosebi la bărbați (postandropauză), dar este diminuat.

Secreția normală a glandelor sexuale este absolut necesară eupareuniei, reprezentînd un factor necesar, dar nu suficient.

La femeie, este necesară existența unei atractivități sexuale și responsivități (receptivitate) normale. Atractivitatea sexuală este determinată îndeosebi de estrogeni și inhibată de progesteron. Responsivitatea sexuală depinde, îndeosebi la femeie, de hormonii androgeni suprarenali și, într-o măsură mai mică, de secreția estrogenică. După Hirtz, trebuie să existe un anumit echilibru între secreția de androgeni și cea de estrogeni. Acest echilibru determină un anumit raport între atractivitatea și responsivitatea feminină. Dacă, în mod exagerat, predomină responsivitatea, aceasta nu duce la creșterea potenței sexuale feminine, ci, dimpotrivă, la un comportament agresiv.

În ceea ce privește condițiile hormonale, hormonii estrogeni ar avea o acțiune stimulantă și trofică asupra zonei vulvovaginale, în timp ce androgenii sensibilizează zona bulboclitoridiană. Progesteronul are o acțiune dublă, și anume în cantitate mică, preovulator, facilitează

motivația sexuală, iar în cantitate mare, postovulator, o diminuă. Hormonii sexuali își exercită acțiunea nu numai local, ci și prin influențarea unor structuri nervoase centrale.

În afară de normalitatea funcțională a glandelor sexuale este necesar, în general, și un echilibru al sistemului endocrin. Hipofuncțiile hipofizară, tiroidiană, suprarenală determină modificări în minus ale libidoului, ca și unele hiperfuncții glandulare (tireotoxicoză, sindrom hiperepifizar).

Mecanismul fiziologic al libidoului este, de asemenea, influențat de echilibrul sistemului nervos vegetativ : o stare netă de hipersimpaticotonie, ca și una de hiperparasimpaticotonie influențează negativ comportamentul sexual.

Este știut că într-o unire sexuală ideală este necesar ca orgasmul să se producă aproape simultan pentru ambii parteneri. De obicei, ejacularea bărbatului este urmată imediat de apariția orgasmului masculin și declanșează orgasmul feminin. Dacă femeia este foarte excitată, orgasmul ei se poate produce eventual de mai multe ori în cursul actului sexual, înainte chiar ca bărbatul să ejaculeze. Dar, în mod obișnuit, ejacularea masculină declanșează orgasmul feminin fie prin perceperea propriu-zisă a jetului spermatic, fie datorită contracțiilor musculare care însoțesc ejaculațiile, la acestea se mai adaugă și efectul psihic al ejaculației.

Se consideră că orgasmul cel mai intens al femeii este obținut atunci cînd se produce excitația simultană vaginală, clitoridiană și a colului uterin (Binet).

Deși majoritatea sexologilor admit originea dublă a orgasmului feminin, cu punct de plecare vaginal și clitoridian și integrat în centrii superiori nervoși sexuali, alți autori, ca Masters și Johnson (1968), admit că orgasmul feminin are o zonă de plecare unică, situată topografic la nivelul vulvei și în treimea inferioară a vaginului. Autorii citați descriu trei tipuri de orgasm la femeie : „în vîrf" (analog celui masculin) ; „în dom" și „în platou înalt".

Senzația de plăcere intensă, orgasmul este mai complex la femeie decît la bărbat.

Femeia este capabilă de o nouă experiență orgasmică imediat după prima, dacă nivelul tensiunii sexuale nu a coborît sub nivelul tensiunii în platou. Femeia este capabilă să facă să dureze o experiență orgasmică un timp îndelungat. O serie de experiențe orgasmice, între care nu se poate distinge nici un semn de fază în platou, a fost denumită starea de *status orgasmus*, care poate dura de la 20—60 de secunde. Trebuie menționat că nici intensitatea, nici caracterul orgasmic al unei femei nu sînt atribute absolute și definitive ale personalității sale psihosexuale. Caracterele orgasmului feminin pot să varieze de la un partener la altul, iar intensitatea orgasmului nu este un criteriu de intensitate a vieții sexuale. Există femei care ajung rar la orgasm și totuși sînt partenere tandre, iubitoare și călduroase, în timp ce altele care au o satisfacție intensă pot deveni triste în perioada postorgasmică.

S-a constatat că, din punct de vedere fiziologic, potența sexuală feminină este superioară celei masculine ; femeia poate face ca să dureze mai mult timp coitul și orgasmul și ea poate obține orgasme succesive, fără să aibă o perioadă refractară, cum este cazul la bărbat.

Capacitatea sexuală feminină se perfecționează pe măsură ce avansează în vîrstă în timp ce potența bărbatului scade progresiv cu vîrsta. Deci femeia posedă disponibilități erotice mai bogate decît bărbatul și acestea îi dau posibilitatea să fie mai suplă în aprecierea orgasmului. Fără îndoială că actul sexual chiar la femeile cele mai normale, nu ajunge totdeauna la orgasm, dar acesta este căutat conștient sau inconștient.

„Puțin are importanță localizarea orgasmului, puțin contează intensitatea sa, culoarea sa, puțin contează numărul orgasmelor pe care o femeie le poate avea într-o noapte, într-o săptămînă sau într-o lună, dacă ea și soțul ei se acomodează" (Suzanne Këps).

ROLUL TEHNICII COPULATORII ÎN EUPAREUNIE

În cele ce urmează, intenția noastră nu este de a enumera multitudinea de poziții coitale la care se referă *ars amandi,* ci doar de a atrage atenția că există unele indicații și contraindicații medicale pentru utilizarea anumitor poziții de către un cuplu.

Este greu de spus dacă adoptarea unei tehnici sexuale a apărut ca o consecință a unui fenomen biologic sau cultural sau ca un produs al civilizației.

De obicei, un cuplu sănătos din propria sa experiență adoptă poziția coitală care-i corespunde cel mai bine, din punct de vedere al satisfacției, al comodității, al varietății și rafinamentului sexual. Totuși, sînt situații cînd, deși preludiului actului sexual i s-a acordat toată atenția de către parteneri, deși există un teren psihic adecvat, totuși femeia nu obține orgasmul. În aceste cazuri, tehnica copulației are importanță, dacă o considerăm individual în funcție îndeosebi de tipul predominant de excitabilitate vaginală sau clitoridiană și în funcție de proporționalitatea organelor copulatorii ale celor doi parteneri. Deci unele poziții coitale sînt dictate de morfofiziologia organelor genitale. Pe de altă parte, în unele stări patologice ale organelor genitale feminine (procese inflamatorii cronice, uretrite, malpoziții uterine, infantilism genital, frigiditate etc.) sau în caz de obezitate pentru ambii parteneri sau în caz de diminuare a potenței sexuale masculine, îndeosebi a erecției, se recomandă anumite poziții coitale. Deci necesitatea adoptării unei anumite poziții coitale este în funcție și de existența anumitor afecțiuni genitale sau generale.

Dintre multiplele poziții coitale (unele față de altele diferă foarte puțin) numai cîteva merită atenție din partea medicului și anume acelea care au indicații și contraindicații medicale.

Poziția de bază (vir incubus) (femeia în clinostatism), este norma cea mai uzuală în epoca civilizației noastre.

În alte locuri din lume, alte poziții coitale se pare că sînt sau au constituit cîndva norma cea mai acceptată. Poziția de bază este satisfăcătoare în condiții normale și favorizează un contact fizic, emoțional și spiritual mai intens decît alte poziții. Bărbatul are rolul activ, iar femeii îi revine rolul pasiv, dar nu o pasivitate completă. În această postură cei doi parteneri formează un cuplu în accepțiunea propriu-zisă a cuvîntului, o adevărată contopire fizică și psihică — expresie a conduitei în dragoste a omului modern.

O variantă a poziției de bază este cea în „hiperflexiune" a femeii, care are indicații atunci cînd penisul este relativ hipotrofic și vaginul relativ lung. Adoptarea de către femeie a unei poziții de „flexiune moderată" amplifică efectele stimulatorii ale fricțiunii penisului între simfiza pubiană și extremitatea anterioară a perineului. Această poziție permite o penetrație mai profundă a penisului și crește șansele capacității fecundante a bărbatului. Este contraindicată în caz de infantilism genital feminin, la femeia gravidă, în caz de leziuni ale colului uterin, în prolapsul uterin sau în anexite.

O altă variantă a poziției de bază se obține prin arcuirea moderată a corpului femeii. Această poziție oferă o stimulare clitoridiană crescută și poate fi încercată în caz de frigiditate. De asemenea, este indicată în caz de vagin scurt, penis lung, graviditate, hipersensibilitate sau leziuni ale colului uterin sau în caz de vagin hiperrelaxat. Această poziție este realizată simplu de către femeie prin plasarea unui obiect sau a pumnilor proprii sub șoldurile sale (cu capul nesprijinit), prin strîngerea coapselor ei, după intromisiune, între coapsele bărbatului și prin întinderea membrelor inferioare. Această poziție poate să ofere femeii o satisfacție sexuală, chiar atunci cînd erecția penisului este mai slabă din diferite motive (oboseala sau vîrsta înaintată a partenerului).

Un efect mai stimulent se obține cu o ușoară modificare a acestei poziții : una din coapsele bărbatului rămîne între cele ale femeii (care exercită o presiune moderată constantă), iar cealaltă în exterior și această postură este combinată cu o deplasare a corpului, astfel ca axele longitudinale ale partenerilor să se înscrie, după o poziție

în diagonală una față de alta (X). Această poziție are indicație în frigiditate.

Cohabitatio lateralis (culcat lateral). Această poziție coitală are două variante : anterolateral și posterolateral. Avantajele acestor poziții laterale și mai ales a celei posterolaterale sînt următoarele : oferă comoditate, cere eforturi fizice minime și evită susținerea greutății corpului bărbatului de către femeie. Utilizarea acestei poziții este indicată în : stări de oboseală, stări de convalescență, sarcină, obezitate, disproporții accentuate privind statura partenerilor, invaliditate. De asemenea, este recomandată cînd actul sexual se prelungește în timp. Poziția posterolaterală este, de asemenea, indicată în caz de inflamații ale meatului urinar la femeie, cînd utilizarea altor poziții coitale ar provoca durere. Dezavantajul folosirii poziției posterolaterale este acela că cei doi parteneri se privează de contactul fizic complet și psihic, care pentru omul civilizat este una din condițiile *sine qua non* ale satisfacției sexuale.

Vir succubus (coitus inversus). Unele scrieri și imagini antice relatează că din timpurile cele mai vechi și pînă la sfîrșitul antichității această poziție coitală era norma care trecea drept normală. Imaginea cea mai veche a unui act sexual este redată într-un desen care provine din epoca de piatră și care reprezintă un cuplu în poziție *vir succubus.*

Avantajul acestei poziții este că permite o penetrație profundă a penisului în vagin, iar femeia are inițiativa și posibilitatea să-și adapteze stimularea clitorisului și vaginului după dorințele sale. Pentru unele femei, care preferă din cînd în cînd această poziție, mai intervine și un element de satisfacție psihică în adoptarea acestui rol activ, spre deosebire de rolul pasiv obișnuit pe care-l simbolizează poziția coitală de bază. Indicațiile acestei poziții sînt următoarele : cînd ambii sau numai unul din parteneri și mai ales bărbatul sînt obezi, cînd vaginul este relativ lung și penisul relativ scurt, cînd bărbatul trebuie să evite mișcările și în caz de frigiditate a femeii. Această poziție este contraindicată : în sarcină, vagin foarte scurt, infantilism genital, leziuni ale colului uterin, unele malformații uterine. Deși acestei tehnici i se atribuie ca fiind generatoare de senzații sexuale deosebit de rafinate, totuși această poziție nu se recomandă să fie folosită ca un obicei de durată și în nici un caz pentru a fi folosită exclusiv.

Poziția frontal sedentary-astride. În această poziție, activitatea copulatorie este egal distribuită între cei doi parteneri, iar penetrația penisului în vagin este profundă. Se apreciază că această poziție angajează stimularea clitoridiană cea mai intensă, comparativ cu alte poziții. Indicațiile acesteia sînt acelea ca și ale poziției *vir succubus.*

Poziția à posteriori (à tergo) are puține indicații medicale : unele infirmități ortopedice ale femeii sau în caz de malpoziție a meatului uretral feminin. Are dezavantajul că privează pe partener de contactul fizic corporal și în unele cazuri poate fi dureroasă, traumatizantă pentru tractul genital intern feminin.

★

În afara acestor poziții coitale enumerate, adoptate de preferință sau indicate de către medic, există și unele conduite copulatorii care influențează negativ calitatea actului sexual.

Metoda *coitus interruptus* constă în întreruperea actului sexual de către bărbat înainte de apariția punctului culminant al ejaculării și orgasmului. Manevra constă din retragerea completă a penisului din vagin înainte ca bărbatul să simtă venirea orgasmului, în așa fel ca ejacularea bărbatului să se facă în afara organelor genitale feminine. *Coitus interruptus* este adoptat în mod spontan de către parteneri. Această metodă nu are o valoare contraceptivă absolută și nereușita ei se poate datora oboselii bărbatului, consumului de alcool sau în caz de ejaculare precoce constituțională. De asemenea, pentru unii masturbanți cronici primul jet ejaculator este lipsit de o senzație deosebită și practic este dificil de sesizat momentul retragerii eficiente.

Aceeași dificultate se poate ivi și în prezența unui vagin prea larg cînd este greu ca bărbatul să simtă

venirea propriului său orgasm. O altă cauză a insuccesului metodei, este prezența ocazională a spermatozoizilor în scurgerea uretrală precoitală. După mai mult de o oră și jumătate de la ejaculare s-au găsit în uretra bărbătească anterioară cîțiva spermatozoizi viabili, care pot fi și fertili. Aceasta impune, ca al doilea act sexual după *coitus interruptus*, să aibă loc la cel puțin două ore interval, mai ales dacă partenerul nu a urinat după ejaculare.

Inconvenientele metodei constau și în lipsa deseori a orgasmului pentru femeie, lucru care ține nu numai de lipsa perceperii jetului seminal, cît și de teama ei că partenerul nu se va retrage la timp ; mai ales în cazurile în care soția știe că bărbatului îi este greu să presimtă venirea orgasmului și a ejaculației. Bărbatul neîncrezător în posibilitățile sale de control, devine de obicei grijuliu, restrînge activitatea motorie a actului sexual și astfel șansele de satisfacție diminuează. Această separație în momentul celei mai intime apropieri, stînjenește actul sexual și armonia trăirii sexuale. La bărbații care au practicat o perioadă îndelungată de timp metoda *coitus interruptus*, s-au descris cazuri de impotență orgasmică și uneori chiar diminuarea erecției sau dispariției ei. Încordarea psihică a bărbatului și teama de a ejacula în vagin, îi produc cu timpul o stare de anxietate, care poate merge pînă la apariția impotenței sexuale psihice funcționale. La unii bărbați care folosesc constant metoda s-a semnalat și iritația uretrală posterioară și congestia prostatică. Pentru femeie, metoda duce deseori la lipsa orgasmului, favorizează congestia pelviană și predispune la apariția frigidității. În concluzie, metoda *coitus interruptus*, în afară de faptul că nu are o valoare absolută anticoncepțională, este neigienică din punct de vedere sexual, utilizarea ei îndelungată are repercusiuni pentru ambii parteneri pe care îi frustează de senzațiile sexuale.

„Metoda prezervativului" utilizată preventiv, pentru a evita unele contaminări venerice, are și unele repercusiuni asupra actului sexual. Dezavantajele metodei utilizării prezervativului constau în aceea că pentru bărbat există o diminuare a senzației sexuale, mai ales cînd el

are tendința să ejaculeze tardiv. Intercalarea materialului străin între mucoasele organelor genitale feminine și masculine poate să ducă la scăderea senzației de intimitate ; pentru un bărbat excitația este mai mică, în schimb pentru un număr de femei se pare că este crescută. Totuși, femeia poate să nu ajungă la orgasm, deoarece nu simte ejacularea bărbatului. Un factor psihic negativ mai este și acela că femeia știe dinainte că va fi frustată de senzația perceperii jetului spermatic. Pe de altă parte, nevoia de a întrerupe preludiul sau actul sexual în scopul aplicării prezervativului, poate duce la diminuarea sau chiar dispariția erecției la bărbat și în plus este și o manevră jenantă din punct de vedere estetic.

FERTILITATEA ŞI STERILITATEA

Problemele de fertilitate şi sterilitate au preocupat pe oameni din cele mai vechi timpuri.

După Palmer, la cuplurile normale care au 2—3 raporturi sexuale pe săptămînă, şansele de fecundaţie sînt de 20% în prima lună de căsătorie, de 50% în primele 6 luni şi de 90% în primul an de căsătorie. După trecerea a 2 ani de căsătorie, şansele de fecundaţie încep să scadă şi pot ajunge pînă la 10%. Cînd s-a ajuns la această limită, aşa cum este de părere şi Schultze, se poate vorbi de sterilitate conjugală.

Mai edificatoare este însă statistica autorilor sovietici Belosopko, I. I. Ivanov, E. P. Maizel, care, pe baza unui studiu de 2 390 de cazuri, au constatat contractarea sarcinii în primul an de căsătorie în 66,4% din cazuri, în al doilea an în 15,5%, iar în al treilea an numai în 6,1% ; deci, majoritatea femeilor rămîn gravide în primii doi ani de la căsătorie (în proporţie de 81,9%).

În concluzie se impune să ne gîndim la sterilitate atunci cînd ea datează de mai mult de doi ani de la căsătorie şi să facem toate investigaţiile necesare, în vederea stabilirii unui diagnostic etiopatogenic cît mai precoce al sterilităţii, urmat de instituirea unui tratament adecvat.

FERTILITATEA MASCULINĂ

Aprecierea puterii fecundante a bărbatului se face cu ajutorul mai multor metode, dintre care cele mai importante sînt : examenul spermei (spermograma), biopsia testiculară, examenele hormonale, examenele radiologice ale căilor seminale etc.

Prin aceste metode, medicul constată dacă testiculele secretă spermatozoizi (elemente sexuale masculine) şi dacă permeabilitatea căilor seminale este suficientă pentru ca spermatozoizii produşi să poată fi eliminaţi în afară, în organele genitale feminine, o dată cu ejaculaţia.

Testiculul este o glandă care are o funcţie externă (secreţia de spermatozoizi de către tubii seminiferi) şi o funcţie internă (secreţia de hormoni masculini de către ţesutul interstiţial Leydig). Spermatogeneza este sub controlul FSH (hormon foliculostimulant) hipofizar, iar androgeneza, sub controlul ICSH (hormonul stimulator al celulelor interstiţiale Leydig).

Puterea fecundantă a spermatozoizilor depinde de calităţile lor morfologice şi funcţionale.

După ce spermatozoizii au fost secretaţi de tubii seminiferi, ei sînt stocaţi în epididim, unde are loc o desăvîrşire a maturării lor, care constă într-o evoluţie morfologică, biochimică şi fiziologică. Procesul menţionat se produce la venirea în contact a spermatozoizilor cu secreţiile epididimare. Aceste secreţii ale epididimului şi ale glandelor accesorii se produc sub influenţa stimulării de către hormonii androgeni testiculari.

Dintre modificările morfologice ale spermatozoizilor în epididim, notăm achiziţia unei capsule lipoidice labile (Popa şi Mârza), prin absorbţia unor substanţe din secreţia epididimară la suprafaţa spermatozoidului.

O staţionare îndelungată în epididim conduce la apariţia unor anomalii ale spermatozoizilor într-un procent mai mare decît atunci cînd ritmul ejaculaţiei este normal.

Fragilitatea colului spermatozoizilor epididimari nu se constată la cei care au parcurs întreaga cale pînă la ejaculaţie. Din punct de vedere biochimic, spermatozoizii în epididim se impregnează cu substanţe conţinute de secreţiile de aici, şi anume cu glicogen, lipide, fosfataze (Montagin, 1953).

10 — c. 1385

Supraviețuirea îndelungată a spermatozoizilor stocați în epididim se datorește pH-ului acid și titrului scăzut de electroliți din aceste secreții.

Spermatozoizii, după ce au fost secretați de tubii seminiferi testiculari, sînt foarte puțin mobili ; aptitudinea de a fi mobili, motilitatea deplină, ei și-o dobîndesc în cursul trecerii lor prin epididim datorită acțiunilor favorabile exercitate de secrețiile epididimare (Young, 1929).

O altă proprietate capitală a spermatozoizilor este aceea de a fi capabili de fecundație ; fertilitatea lor depinde de trecerea prin epididim și crește pe măsură ce străbat întregul epididim. După Young, 32% din fecundații se obțin cu spermatozoizii proveniți din zona incipientă a canalului epididimar și 68% cu spermatozoizii din zona cozii epididimului.

După ce fertilitatea a fost dobîndită, această proprietate persistă în epididimul ligaturat timp de o lună, iar motilitatea spermatozoizilor persistă timp de două luni.

Pe de altă parte, ejaculațiile prea frecvente reduc numărul de spermatozoizi ejaculați și fac să crească procentul de forme anormale. Ejaculațiile frecvente grăbesc trecerea spermatozoizilor prin canale, așa încît ei n-au timp să-și desăvîrșească maturitatea, reducîndu-se și motilitatea lor.

La om, după Franch și Coll, lipsa de fecunditate este în strînsă legătură și cu imaturitatea spermatozoizilor ejaculați într-un ritm rapid. Pe de altă parte, o staționare prea îndelungată a spermatozoizilor în epididim are influențe negative asupra calităților fecundante ale acestora. Deci, fertilitatea optimă a spermatozoizilor ejaculați depinde de o trecere normală, moderată, prin căile seminale, nici accelerată, dar nici încetinită.

Secrețiile accesorii ale veziculelor seminale și ale prostatei, care sînt constituente ale spermei, au importanță în fiziologia fertilității masculine atît prin compoziția lor chimică, asigurînd troficitatea spermatozoizilor cît și prin rolul lor mecanic. Secreția veziculelor seminale conține acid ascorbic, acid citric, fructoză (prezența ei se

datorește acțiunii testosteronului, deoarece dispariția acestuia face să dispară fructoza din lichidul seminal), substanțe proteice (cu rol în coagularea spermei), colină, inozitol etc.

Secreția glandelor prostatice conține enzime proteolitice, care hidrolizează sperma coagulată, fosfataze și sperminā (o substanță a cărei proprietate de a da cristale de sulfat de spermină, după ejaculație, se utilizează în medicina legală).

După cum vedem, sperma conține numeroși constituenți secretați de glandele anexe, care se influențează reciproc ; astfel, proteinele veziculelor seminale sînt coagulate de o enzimă prostatică, iar ulterior are loc o lichefiere a acestui coagulat, sub acțiunea altor enzime proteolitice. Ordinea în care are loc emiterea diverselor secrеții la om este următoarea : secreția glandelor Cowper, secreția prostatică, secreția de spermatozoizi, secreția veziculelor seminale. Fructoza apare în glandele accesorii înainte de apariția spermatozoizilor. Aceasta este o indicație că activitatea androgenică a testiculului începe înaintea activității spermatogenice. În acest fel, spermatozoizii secretați găsesc deja substratul metabolic în secrețiile glandelor accesorii.

Faptul că spermatozoizii pătrunși, împreună cu lichidul seminal, în căile genitale feminine au o perioadă lungă de supraviețuire dovedește că, în aceste condiții, substanțele conținute de secrețiile glandelor accesorii sînt utile acestora.

Lichidul seminal este acela care facilitează înaintarea spermatozoizilor în căile genitale feminine, permițînd, în același timp, desăvîrșirea maturizării lor. În plus, lichidul seminal pătruns în uter într-o anumită cantitate ar asigura declanșarea unui reflex neurohormonal favorabil eliberării de hormon luteinizant, necesar ovulației.

Din cele de pînă acum reiese importanța examenului spermei în totalitate, examen care furnizează indicații asupra fertilității normale, scăzute sau absente a bărbatului.

Recoltarea spermei pentru examen se face după o perioadă de repaus sexual de 2—3 zile.

Se apreciază culoarea caracteristică a spermei, care este opalescentă-gălbuie, cu o consistență vîscoasă ; sperma tinde să se coaguleze imediat după ejaculare ; iar după 10—15 minute de păstrare la temperatura camerei se lichefiază. Volumul normal al spermei este între 2,5—5 ml și este în funcție de activitatea secretoare a glandelor anexe și în special a prostatei și a veziculelor seminale. O cantitate sub 2 ml influențează negativ capacitatea fecundantă. Peste limita superioară de volum, se realizează o diluție prea mare a spermatozoizilor, care antrenează o oligospermie relativă (scăderea relativă a numărului de spermatozoizi).

Uneori, aspectul fluid al spermei, chiar la emisiune, corespunde cu lipsa spermatozoizilor (azoospermie). Absența secreției veziculelor seminale, prin obliterarea canalelor ejaculatoare, dă spermei aspectul anormal, lichefiat, la ejaculare.

La examenul microscopic al spermei se apreciază aspectul cantitativ și calitativ al spermatozoizilor, și anume :

Ca număr, valorile normale sînt între 60 000 000 și 120 000 000 de spermatozoizi/cm^3 spermă. Absența spermatozoizilor poartă denumirea de azoospermie, iar scăderea numărului lor sub 60 000 000/cm^3, de oligospermie, care poate fi moderată (între 60 000 000 și 30 000 000), importantă (între 30 000 000 și 10 000 000) sau severă (sub 10 000 000/cm^3).

Fertilitatea diminuă o dată cu scăderea numărului de spermatozoizi, fiind mult compromisă sub 10 000 000 de spermatozoizi/cm^3, în care caz vorbim de o subfertilitate, și nu de o sterilitate absolută.

La examenul microscopic al spermei se mai apreciază și o altă calitate a spermatozoizilor, și anume motilitatea lor, posibilitatea lor de mișcare, de care este legată vitalitatea lor. Viteza cu care înaintează spermatozoizii poate atinge 3 cm/min. Vorbim de o mobilitate normală cînd 70 pînă la 90% din numărul de spermatozoizi sînt mobili după 2 ore de la ejaculație și cînd 15 pînă la 20% din spermatozoizi sînt mobili pînă la 24 de ore de la aceasta. Întrebuințăm noțiunea de astenospermie moderată cînd

există o mobilitate de 40 pînă la 60% și de astenospermie severă, cînd aceasta este sub 40%.

Viteza progresiunii liniare a spermatozoizilor este în directă corelație cu fertilitatea masculină.

Mișcarea activă a spermatozoizilor în cervix este apreciată la 1 cm în 5—15 minute. După alți autori, spermatozoizii ar avea nevoie de 50 de minute pentru a ajunge în canalul cervical. Ajunși în oviduct, trec prin al doilea proces de maturizare (capacitate), care durează circa 4 ore, apoi pătrund în zona pelucidă și fecundează ovulul.

Diferitele medii prin care trec spermatozoizii, în drumul lor prin căile genitale feminine, influențează mobilitatea lor ; astfel, aciditatea excesivă îi imobilizează, iar alcalinitatea le reactivează mobilitatea. Temperatura ridicată crește mobilitatea spermatozoizilor, dar ulterior viața lor se scurtează prin epuizarea rapidă a rezervelor nutritive. La temperatură scăzută, spermatozoizii nu își pierd proprietatea fecundantă ; astfel, s-a constatat că spermatozoizii ținuți la — 79 ° în glicerină și apoi readuși la temperatura normală își pot recăpăta mobilitatea și fertilitatea. Unele substanțe toxice, ca nicotina, cafeina, chinina, boxidul de carbon, au acțiune nocivă asupra mobilității și fertilității spermatozoizilor.

FERTILITATEA FEMININĂ

Dacă fertilitatea masculină se reduce la puterea fecundantă a bărbatului, adică la integritatea aparatului sexual, la realizarea normală a împreunării, la producerea spermatozoizilor cu caractere normale și la depunerea unei cantități corespunzătoare de spermă în vagin, la femeie situația este mult mai complexă. Pentru femeie a fi fertilă înseamnă, în cele din urmă, a da naștere în condiții normale, unui copil normal dezvoltat. De aceea, cînd vorbim de fertilitate feminină, avem în vedere un lanț de procese fiziologice.

Tulburarea integrității sau funcției unei singure verigi a acestui lanț complex poate să atragă după sine diminuarea sau dispariția fertilității.

Producerea de către ovare a elementelor sexuale feminine, adică a ovulelor, este condiția esențială a fertilității feminine.

Secreția hormonală a ovarului influențează și producția de ovule, iar prin acțiunea ei asupra tractului genital influențează atît procesele de fecundație, cît și pe cele de fixare și cuibărire a oului fecundat.

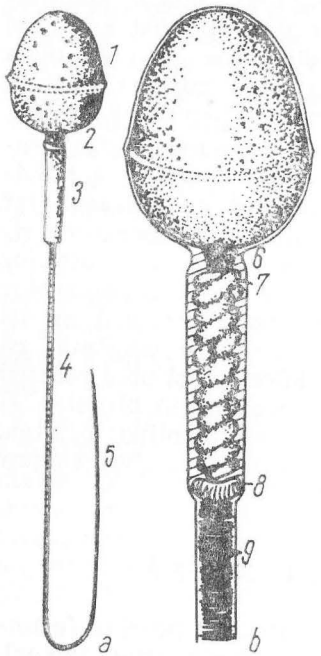


Fig. 14. — Schema spermatozoidului de om (după Horstmann, 1965)
a) Spermatozoidul: *1* — capul; *2* — gîtul ; *3* — piesa intermediară ; *4* și *5* — coada. *b)* Secțiune în spermatozoid *6* — structura gîtului ; *7* — orientarea în spirală a mitocondriilor; *8* — inelul distal; *9* — fibre aparținînd cozii.

Maturizarea foliculilor în ovar are loc astfel : în fiecare lună, în perioada de activitate genitală a femeii se dezvoltă un singur folicul (pentru amîndouă ovarele), iar acesta ajunge la maturație în mijlocul ciclului menstrual și eliberează un ovul.

La mijlocul ciclului menstrual, foliculul de Graaf maturat se rupe și lasă ovulul să iasă la suprafața ovarului. Tot în momentul ruperii foliculului și punerii în libertate a ovulului are loc eliberarea de lichid folicular, care ajunge în trompe și apoi în cavitatea uterină pînă la col. Lichidul folicular ajută transportul ovocitului spre trompă și are un rol nutritiv pentru ovocit și pentru oul fecundat și, în plus, ușurează pătrunderea spermatozoizilor în căile genitale feminine pînă la trompe.

Fecundația. După fenomenul de ovulație, ovulul apt pentru fecundație este atras de către trompă ; pavilionul trompei se congestionează și se aplică pe ovar, ca și cum „l-ar îmbrățișa", astfel încît, în momentul ruperii foliculului, ovulul cade în trompă. Captarea ovulului de

către trompă mai este facilitată de un curent lichidian de absorbție, care vine din serozitatea peritoneală înspre pavilionul trompei. Ovulul înaintează prin lichidul folicular datorită mișcărilor ondulatorii ale trompei, pînă în treimea externă a ei, care este locul de întîlnire cu spermatozoidul. Aici are loc fecundația. Drumul parcurs de ovul pînă la acest loc de întîlnire se face în 12 pînă la

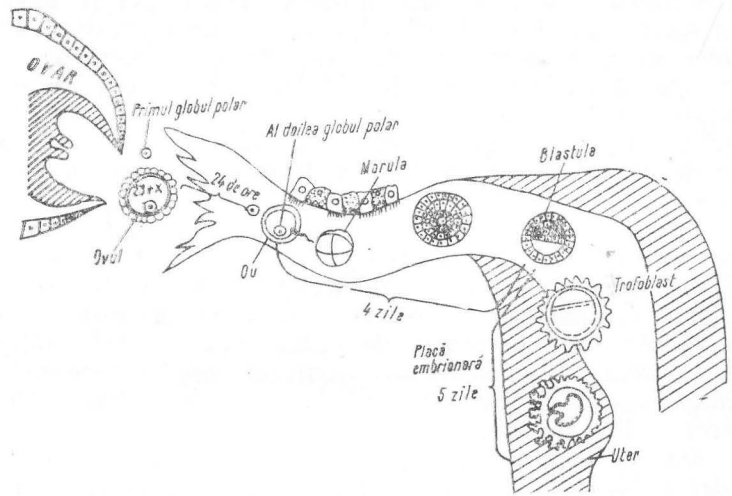


Fig. 15. — Migrarea ovulului și a oului pînă la nidare (după A. Lichtwitz și Parlier).

20 de ore de la ovulație. Aici, în treimea externă a trompei, trebuie să ajungă spermatozoidul și să fecundeze ovulul.

Drumul spermatozoidului pînă la acest loc nu este totdeauna ușor. În timpul actului sexual, după ejaculare, sperma ajunge în fundul de sac posterior al vaginului. Aciditatea ușoară a mediului vaginal după actul sexual determină o deplasare a spermatozoizilor către secrețiile cervicale alcaline. Aceste secreții cervicale devin abundente și filante în momentul ovulației și permit trecerea spermatozoizilor în col. În timpul trecerii prin secrețiile cervicale ale colului uterin, care conțin substanțe nutritive, spermatozoizii se maturează funcțional și capătă

energia necesară progresiunii lor. Ajutați de lichidul folicular din căile genitale feminine și de lichidul seminal, ei înaintează în cavitatea uterină spre orificiul tubar. Cîteva mii de spermatozoizi ajung să pătrundă în trompe și, datorită mobilității lor, în cazurile cînd trompa este permeabilă, ei reușesc să ajungă în treimea externă a ei. Aici pătrund doar cîteva sute de spermatozoizi, dintre care numai unul se va uni cu ovulul. Din unirea ovulului cu spermatozoidul rezultă oul, care va migra prin trompă către uter. Această migrare este înlesnită de mișcările trompei și durează 3—4 zile. În acest timp, ovulul fecundat, deci oul, devine sediul primelor diviziuni și se transformă într-o aglomerare celulară, care ia aspectul de mură și numele de morulă, continuîndu-și drumul spre uter.

După ovulație, o dată cu formarea corpului galben, începe secreția de progesteron care, pe parcursul înaintării ciclului menstrual, influențează mișcările tubare și anume le încetinește, scăzînd viteza de progresiune a oului. Anumite obstacole de ordin mecanic, inflamator sau spasme ale musculaturii trompelor pot să determine rămînerea oului pe traiectul trompei rezultînd astfel sarcina extrauterină.

După 4 zile, oul ajunge în uter și, în urma transformărilor, rezultă din el o formațiune (blastula) în care s-au diferențiat două tipuri de celule : unele centrale, alcătuind embrionul, și altele periferice, alcătuind trofoblastul.

În acest stadiu de dezvoltare oul rămîne liber în cavitatea uterină timp de două zile, perioadă care poartă denumirea de preimplantare. În acest timp, nutriția lui se face prin imbibiția cu substanțe nutritive care se găsesc în secrețiile uterine. Tot în această etapă are loc pregătirea mucoasei uterine în vederea implantării, și anume : datorită secreției unor enzime, oul ajunge ca, în a 7-a zi de la fecundație, să erodeze peretele și să se implanteze. În peretele uterin, unde s-a cuibărit oul, se formează placenta, care mijlocește nutriția embrionului cu sîngele matern.

Implantarea oului se face mai frecvent în mucoasa fundului uterin, deoarece la acest nivel tonusul muscular

este mai scăzut în săptămîna care urmează ovulației. Tot aici există o cumulare de fermenți care asigură nutriția oului.

Pentru ca oul să se poată fixa în mucoasa uterină, aceasta trebuie să fie pregătită și aptă să-l primească,

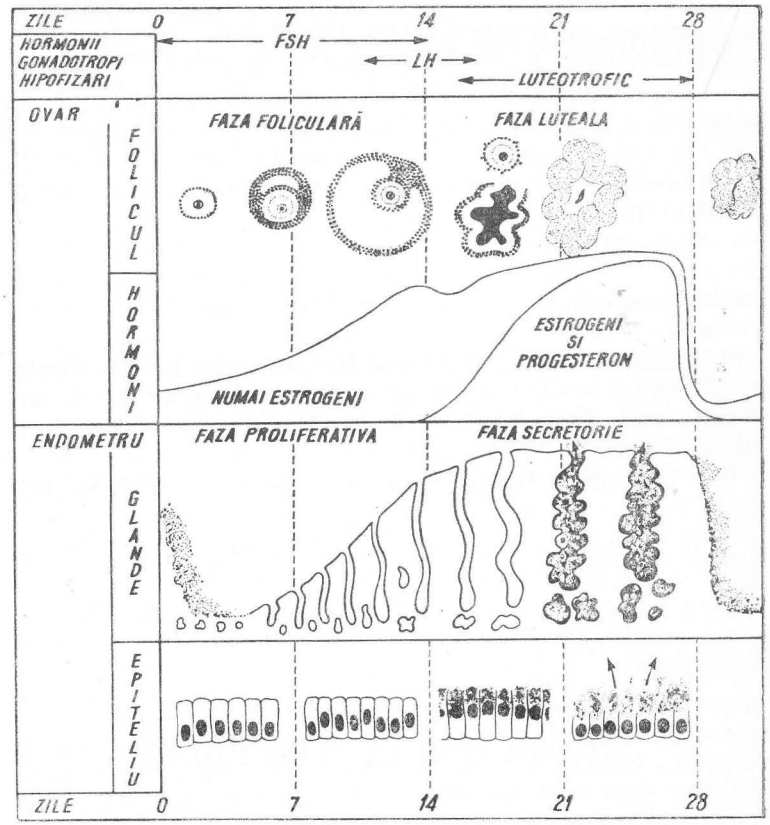


Fig. 16. — Secvențele modificărilor hipofizare, ovariene-hormonale și endometriale în timpul unui ciclu menstrual normal de 28 de zile (după *Paediatric endocrinology*).

adică să se găsească într-un anumit stadiu de dezvoltare — stadiul secretor progesteronic.

În acest stadiu, în mucoasa uterină apar glande răsucite în spirală, cu aspect de dinți de ferăstrău, iar celulele

sînt încărcate cu substanțe nutritive și glicogen. Deci, pregătirea mucoasei uterine în vederea fixării oului are loc numai în prezența unei secreții endocrine hormonale normale a ovarelor.

Tulburarea mecanismelor de secreție hormonală ovariană poate să aibă drept consecință o lipsă de pregătire a mucoasei, cu imposibilitatea fixării oului în uter, chiar dacă fecundația a avut loc în condiții normale.

Deci noțiunea de fertilitate feminină include evoluția normală a proceselor de ovulație, fecundație, migrare tubară a oului, nidație (cuibărire) și acțiunea unei secreții hormonale ovariene normale, care asigură transformările endometrului.

Fertilitatea feminină este optimă între 20 și 30 de ani. Imediat după pubertate și la premenopauză, datorită instabilității echilibrului hormonal, fecundația feminină este scăzută.

Vîrsta căsătoriei intervine în procesele de fertilitate, observîndu-se că femeile căsătorite înainte de 30 de ani rămîn mai frecvent gravide decît cele căsătorite după această vîrstă.

În căsătoriile consanguine se observă o sterilitate pînă la 32,5% din cazuri.

Un alt factor care influențează fertilitatea este și clima : în regiunile calde, tropicale, fertilitatea este mai ridicată decît în regiunile temperate, iar în regiunile nordice, polare, fertilitatea este mai redusă decît în zonele temperate.

STERILITATEA MASCULINĂ

Sterilitatea unui cuplu se datorește în 30—50% din cazuri bărbatului. După Doepfmer, noțiunea de sterilitate se referă la perechea conjugală, pe cînd infertilitatea se referă la un singur partener. Absența spermatozoizilor din sperma ejaculată se numește *azoospermie.*

Din punct de vedere fiziopatologic, azoospermiile se clasifică în secretoare și excretoare.

Din punct de vedere patogenic (al mecanismelor de producere), se clasifică în azoospermii de natură primitiv-testiculară și azoospermii de natură neurohipofizară.

AZOOSPERMIILE

Azoospermiile secretoare. Dintre cauzele *azoospermiilor secretoare de natură primitiv-testiculară,* notăm următoarele :

a) *Criptorhidia* este lipsa coborîrii testiculelor, care poate fi unilaterală sau bilaterală. Sterilitatea apare de regulă în ectopiile testiculare bilaterale și se explică prin alterarea elementelor germinale, din cauza creșterii temperaturii mediului în care se găsesc testiculele. Se știe că în mod normal testiculele se găsesc în scrot, la o temperatură mai scăzută cu cîteva diviziuni, ceea ce favorizează funcția lor normală. Reținerea testiculelor pe traiectul canalului inghinal sau intraabdominal nu creează un optimum de temperatură și de condiții pentru o spermatogeneză normală. Variațiile de temperatură (de 1 — 3 °) explică apariția oligo- sau azoospermiilor în bolile febrile caz în care temperaturii ridicate i se adaugă și acțiunea nocivă a toxinelor microbiene.

b) *Infecțiile testiculare* (orhitele) de natură microbiană sau virotică pot antrena apariția sterilității masculine. Dintre bolile virotice, oreionul (virusul urlian) poate da atingeri testiculare cu sterilitate consecutivă.

c) *Iradierea.* Razele X și razele gamma au acțiune nocivă asupra țesutului testicular, putînd leza îndeosebi țesutul endocrin testicular, afectînd uneori și spermatogeneza. Azoospermia în aceste cazuri depinde de doza și timpul de iradiere și de vîrsta la care acționează radiațiile deoarece, după cum se știe, testicului tînăr este ușor lezat ; de asemenea, depinde și de sensibilitatea individuală. În unele cazuri leziunile pot fi reversibile, dacă se înlătură radiațiile.

d) *Lipsa congenitală a testiculelor* (ageneziile), în care explorarea chirurgicală pune în evidență lipsa testiculelor sau prezența unor rudimente de testicule fără funcție, reprezintă o cauză a sterilității mai rar întîlnită.

e) *Disgenezia gonadică* prin alterarea predominantă a țesutului germinal de natură congenitală, prin factori nocivi intrauterini, duce la sterilitate. În această grupă intră sindromul Klinefelter, care se manifestă prin ejaculații normale, dar din care lipsesc spermatozoizii (azoospermie). La acești bolnavi, testiculele sînt mici și hipotrofice, cu un scrot normal, iar deseori bolnavii prezintă ginecomastie. Examenul de laborator indică o creștere a titrului de hormoni foliculostimulanți (FSH), iar biopsia pune în evidență o alterare, numai a tubilor seminali, care sînt hialinizați în întregime, adică celulele germinative și Sertoli. În sindromul Del Castillo, caracterele sexuale sînt normale, bolnavii nu au ginecomastie și sînt sterili, iar în testicule este lezată, dispărută, numai linia germinală, cu păstrarea celulelor sertoliene. FSH este normal.

f) *Castrarea bilaterală* consecutivă accidentelor sau castrarea chirurgicală, în scop terapeutic pentru unele boli, sînt urmate, obligatoriu, de sterilitate. Varicocelele mari, torsiunea de testicul pot duce la sterilitate.

g) *Avitaminozele și carențele alimentare, subnutriția,* lipsesc organismul de substratul biochimic din care se sintetizează hormonii sexuali. În special absența vitaminelor E, A și a celor din grupul B influențează spermatogeneza în mod negativ. În tratamentul sterilității trebuie să se țină seama de acest fapt.

Din categoria *azoospermiilor secretoare de cauză centrală* enumerăm :

1. *Azoospermiile neurogene,* al căror mecanism nervos este încă insuficient clarificat, dar care totuși reprezintă o realitate. În 1952, Stieve a arătat pentru prima dată efectul factorului psihic asupra spermatogenezei, cu dispariția totală a elementelor seminale. În 1958, Acad. Șt. M. Milcu și dr. Măicănescu au descris cazuri de sterilitate apărute la adulți normali și fertili, după traume psihice și leziuni nervoase hipotalamice. În aceste cazuri de sterilitate de origine nervoasă are loc o atingere predominantă a țesutului germinal cu alterări în special ale spermatogenezei.

2. *Azoospermiile de origine neuroendocrină* prin leziuni hipotalamohipofizare se datoresc insuficienței de stimulare gonadotropă (FSH scăzut). Apariția după pubertate face ca individul să aibă uneori erecție, dar acuză sterilitate conjugală. Este cazul eunucoidismului ; diferența dintre eunucoidismul primitiv testicular și cel hipofizar hipogonadotrop se face cu ajutorul dozărilor hormonale și al biopsiei testiculare.

Azoospermiile excretoare. Sterilitatea masculină în aceste cazuri se datorește obstrucției căilor spermatice prin obstacole mecanice sau inflamatorii, din care cauză spermatozoizii nu pot ajunge în mediul extern. Din această categorie, se recunosc următoarele cauze :

a) *Procesele infecțioase* (gonococic, tuberculos sau luetic) *ale epididimului, veziculelor seminale, prostatei* duc la sterilitate prin obstrucția căilor seminale.

b) *Formațiunile tumorale* sau *chisturile epididimare* congenitale sau dobîndite sînt responsabile de un mare număr de azoospermii, care sînt socotite de unii primitive și tratate greșit ca atare.

c) *Leziunile traumatice și vasculare ale canalului deferent* sau *ligatura canalului* cu cicatrizarea la acest nivel, datorită unor intervenții chirurgicale necesare, pot duce la sterilitate.

d) *Absența congenitală a canalului deferent* este de asemenea o cauză rară de sterilitate.

★

Diagnosticul diferențial dintre azoospermia secretoare și cea excretoare este ușor de făcut.

Pentru azoospermiile excretoare pledează sexualizarea normală a individului și antecedentele sale patologice (infecții genitale tuberculoase, sifilitice, gonococice), palparea unor formațiuni pe traiectul canalului epididimo-deferențial.

Pentru azoospermiile secretoare pledează tulburările de sexualizare a individului, care are testicule mai mici, cu sensibilitatea diminuată. În antecedentele patologice, se întîlnesc criptorhidia, varicocelul sau traumatisme spontane și chirurgicale ale testiculelor. În caz de dubiu, de un real folos în vederea diagnosticului sînt : explorarea radiologică a căilor seminale prin substanțe de con-

trast, biopsia testiculară și analizele hormonale. Îndeosebi biopsia testiculară ajută să se facă distincția între azoospermiile secretoare și cele excretoare.

STERILITATEA FEMININĂ

Dereglarea mecanismelor fiziologice ale fertilității feminine, prin intervenția unor factori care acționează asupra diverselor etape ale fecundității, poate avea ca urmare apariția sterilității : de exemplu, lipsa ovulației, obstrucția tubară, hipoplazia uterină, deviațiile uterine și alte cauze sînt factori de sterilitate. Unii dintre acești factori, de exemplu anovulația, poate reintra cu timpul în normal în mod spontan, fără să fie nevoie de un tratament, dar alteori acesta este necesar. Alți factori, ca obstrucția tubară, produc o sterilitate absolută, care nu se vindecă decît dacă se instituie un tratament.

Înainte de a trece în revistă cauzele sterilității feminine patologice, să vedem care este sterilitatea fiziologică a femeii.

STERILITATEA FEMININĂ FIZIOLOGICĂ

Femeia poate prezenta o lipsă de fecunditate fiziologică în anumite perioade de viață ale ei.

Sterilitatea infantilă se datorește lipsei de dezvoltare și de maturizare a aparatului genital feminin și ține pînă în jurul vîrstei de 15 ani (pînă la apariția ciclurilor menstruale ovulatorii). În cazurile, foarte rare, de pubertate precoce cu maturizare sexuală precoce, se citează în literatură apariția stării de sarcină timpurie. În zonele calde, unde pubertatea apare mai de timpuriu, este posibilă contractarea sarcinii la 12 ani.

În perioada de activitate genitală există o *sterilitate ciclică*. Posibilitatea fecundației depinde de data ovulației, de durata de viață a ovulului expulzat și de viabilitatea spermatozoidului. Viața ovulului, dacă nu este fecundat, este de 12—24 de ore de la ovulație. Viabilitatea

spermatozoidului trecut prin colul uterin este de 48 de ore. Ovulația are loc cu 15 zile, plus sau minus o zi, înaintea menstruației următoare.

Avînd în vedere perioada maximă de viață a ovulului și a spermatozoidului, cît și data ovulației, rezultă că perioada de fecunditate maximă a femeii este cuprinsă între a 12-a și a 19-a zi a ciclului menstrual.

Data ovulației este mai greu de precizat în ciclurile menstruale lungi sau scurte și imposibilă de stabilit în ciclurile neregulate. Există, pe de o parte, cicluri menstruale anovulatorii (lipsite de ovulație) întîlnite uneori la femeile hiperfoliculinice, și există de asemenea și ovulații paraciclice, care se pot produce (ce-i drept foarte rar) în orice zi a ciclului și chiar în perioada menstruală. Acest aspect se explică prin posibilitatea existenței de foliculi maturi în orice fază a ciclului.

Aceste fapte ne determină să apreciem cu rezerve așa-zisa infertilitate fiziologică a femeii. Chiar la femeile sănătoase, cu ciclul menstrual regulat, este mai aproape de realitate să considerăm perioadele de mijloc, intermenstruale, ca favorabile concepției și să socotim ca perioade mai puțin favorabile pentru concepție zilele preși postmenstruale.

Sterilitatea gravidică se datorește inhibării fenomenului de ovulație de către corpul galben gravidic. Uneori, ovulația poate continua și în primele luni de sarcină și, de asemenea, se poate însoți de apariția în continuare a menstrei (destul de rar), cazuri în care este posibilă superfecundația.

Sterilitatea din timpul perioadei de lactație este discutabilă, situația de infertilitate a femeii nefiind absolută. După unele statistici 20—40% din femeile care alăptează prezintă menstruație cu ovulație și posibilitatea unei noi sarcini. În alte cazuri, lipsa menstruației în perioada de lactație nu înseamnă și absența ovulației. Pot exista ovulații fără să se producă pierderi de sînge menstrual, în care caz femeia se știe amenoreică, putînd totuși să rămînă gravidă.

Sterilitatea de vîrstă se instalează începînd cu menopauza, la 48—50 de ani, cînd șansele de concepție devin mai reduse din cauza insuficienței ovariene, a modifi-

cărilor de troficitate ale mucoasei uterine și tubare. Aceasta nu exclude, totuși, posibilitatea sarcinii chiar la o vîrstă înaintată de 60—65 de ani.

STERILITATEA FEMININĂ PATOLOGICĂ

Cauzele sterilității feminine patologice sînt multiple și le vom grupa în cauze generale, cauze neuroendocrine și cauze genitale.

Cauzele generale. Inaniția sau subalimentația de durată, observate mai ales în timpul războaielor, în lagărele de concentrare, în perioadele de foamete sau în cazurile de imposibilitate a alimentării, ca în bolile digestive, pot avea drept repercusiuni instalarea amenoreei și a sterilității. În aceste cazuri, lipsa principiilor alimentare și în special a proteinelor tulbură biosinteza hormonilor stimulatori hipofizari, care sînt de natură proteică, și a hormonilor steroizi gonadici și suprarenali, care sînt de natură lipidică. Intervenția unor vitamine în biosinteza hormonală, ca și în troficitatea normală a aparatului genital arată importanța hipovitaminozelor, constituind factori adjuvanți în sterilitate. Dintre vitaminele din alimentație care au rol în procesele de fertilitate, notăm vitaminele : A, E, B_1 și B_2.

Intoxicațiile cu substanțe toxice, în mod voit sau accidental, sau intoxicațiile profesionale, pot fi factori de sterilitate. Intoxicația tabagică cronică scade fertilitatea, acționînd prin diminuarea apetitului sexual ; modificînd mediul vaginal, scade și viabilitatea spermatozoizilor în vagin și face să crească excitabilitatea musculaturii uterotubare, cu producerea de obstrucții tubare prin spasme musculare.

Morfinomania, cocainomania și intoxicațiile cu barbiturice (luminal) se însoțesc de o scădere a fertilității.

Dintre intoxicațiile profesionale, intoxicația nicotinică cronică, constatată la femeile din fabricile de țigarete sau la vînzătoarele de țigări, produce scăderea excitabilității sexuale pînă la frigiditate, tulburări menstruale și sterilitate. Intoxicațiile cu plumb, mercur sau arsenic generează

deseori tulburări sexuale și scăderea fertilității pînă la sterilitate.

Dintre bolile generale cu răsunet asupra fertilității, enumerăm : anemiile, leucemiile, febra tifoidă, scarlatina, pneumonia, gripa, septicemiile și infecțiile cronice, ca tuberculoza, sifilisul, malaria.

Cauzele neuroendocrine. Se cunosc influențele diverselor traume neuropsihice asupra vieții sexuale și asupra fertilității feminine.

Sterilitatea poate apărea la o femeie în urma unui traumatism psihic violent; de exemplu, o spaimă puternică poate duce la încetarea menstruației (amenoree psihogenă) și la sterilitate.

Viața neliniștită, tensiunea nervoasă în care trăiesc unele femei și în special viața mai trepidantă a mediului urban, în care sexul feminin uzează de mai multe toxice decît cele din mediul rural, toate acestea explică procentul mai mare de sterilitate la oraș față de sat.

Dintre bolile endocrine care pot duce la sterilitate, citățm : insuficiența ovariană de natură centrală, hipotalamohipofizară sau primitiv-ovariană prin leziuni diverse de natură toxică, inflamatoare, degenerativă sau tumorală, sau în urma unor boli endocrine care influențează și funcția ovariană, de exemplu : bolile tiroidei (hipertiroidia sau hipotiroidia), bolile suprarenalei (sindromul Cushing, virilismul pilar, boala Addison) și unele sindroame hipofizare ca : gigantism, acromegalie, cașexie hipofizară, sindromul Babinski-Fröhlich etc.

Pentru a se produce sterilitatea, uneori este suficientă numai o dereglare funcțională a ovarelor, fără leziuni anatomice ; de exemplu, o tulburare în reglarea funcțiilor ovariene de către sistemul diencefalohipofizar (dizarmonia hipofizoovariană), care se poate manifesta prin prelungirea fazei de secreție foliculinică, cu scurtarea celei progesteronice și modificări ale ovulației. Tulburările secrețiilor hormonale ale ovarului, în afară de faptul că influențează transformările normale ale uterului, influențează și mecanismul normal al ovulației. Multe cicluri anovulatorii se însoțesc și de lipsa de transformare a foliculului matur în corp galben progestativ. Anovulația, cauza frecventă de sterilitate, poate fi descoperită de

medic prin examene de laborator, hormonale și cu ajutorul curbei termice bazale (curba monofazică).

Diabetul zaharat determină, de asemenea, apariția sterilității, mai ales în formele consumptive de diabet slab.

Obezitatea, în care se observă o diminuare a excitabilității sexuale și a potenței sexuale la ambele sexe, cînd este de origine hipotalamică, constituie o cauză de diminuare a fertilității, mergînd pînă la sterilitate. Obezitatea influențează relațiile sexuale, duce la hipomenoree, la hipoplazie uterină, la creșterea vîscozității secrețiilor cervicale, care devin astfel impermeabile pentru spermatozoizi. Prin urmare, unele tulburări de nutriție scad fertilitatea feminină.

Cauzele sexuale. Scăderea libidoului, a dorinței sexuale pînă la dispariție, cu instalarea frigidității, duce la rărirea raporturilor sexuale și, consecutiv, la scăderea fertilității feminine.

În unirile sexuale fără orgasm, lipsa acestui factor face ca ascensiunea spermatozoizilor prin secrețiile cervicale să fie mai anevoioasă. În mod normal, contracțiile uterine din timpul orgasmului facilitează captarea spermatozoizilor de către colul uterin prin secrețiile cervicale, care devin mai abundente și mai filante. În plus, orgasmul, pe cale reflexă, prin descărcări de hormon luteinizant (LH) poate precipita ovulația.

Tulburările actului sexual de tipul dispareuniei (act sexual dureros) sau de tipul vaginismului (copulații imposibile din cauza contracturii spastice a musculaturii vulvovaginale) sînt stări care influențează negativ fecunditatea feminină.

Masturbarea sau deviațiile sexuale influențează normalitatea activității sexuale și, implicit, fertilitatea feminină.

Cauzele genitale. Factorii care produc alterări de structură sau funcționale ale aparatului genital feminin, acționînd la diferite niveluri, perturbează procesul fertilității și determină astfel sterilitatea. Dintre factorii gonadici, lipsa congenitală a ovarelor (agenezia ovariană) se manifestă prin amenoree primară, lipsa apariției caracterelor sexuale secundare feminine, nanism și malformații congenitale și, bineînțeles, sterilitate primară.

Inflamațiile ovariene, iradierea ovarului cu raze X sau cu izotopi radioactivi, ovarul polichistic sau tumorile ovariene produc leziuni ovariene, cu repercusiuni asupra funcțiilor ovarului și, consecutiv, sterilitate.

Factorii care acționează la nivelul trompei uterine determină sterilitatea prin realizarea unei obstrucții. Obstrucțiile pot fi anatomice, prin leziuni organice, sau numai funcționale, prin spasme la acest nivel.

Obstrucția organică se datorește, cel mai frecvent, cauzelor infecțioase de natură gonococică, tuberculoasă, infecțiilor genitale post-abortum sau altor stări infecțioase acute și cronice. Sediul obstrucției este mai frecvent către extremitățile trompei, și anume către ovar, în porțiunea externă, sau către uter, în porțiunea internă a trompei.

În obstrucția tubară funcțională nu se constată leziuni organice ; aceasta se datorește unor spasme ale musculaturii trompelor, de origine nervoasă vegetativă și se întîlnește în special la femeile cu nevroze vegetative sau cu spasmofilie. După unii autori, acest tip de obstrucție tubară este tot atît de frecvent, ca și obstrucția organică.

Dintre factorii uterini care produc sterilitatea citățm malformațiile uterine (uter bicorn, arcuat), atreziile uterine și hipoplazia uterină, în care nidația este defectuoasă ; chiar dacă s-a fixat oul, există tendința la avort spontan.

Unele anomalii de poziție a uterului (hiperanteflexiile sau retrodeviațiile uterine), tumorile sau polipii uterini sînt factori de sterilitate.

Factorii vaginali și vulvari. Aceștia acționează negativ asupra fertilității și au o importanță mai redusă, influențînd în special ascensiunea spermatozoizilor și penetrarea lor în căile genitale feminine.

Dintre obstacolele mecanice citățm : imperforația himenului, septurile vaginale transverse imperforate sau leziunile cicatriceale vulvovaginale stenozante, care pot fi cauze de sterilitate sau hipofertilitate.

Chiar în absența deflorării, în cazul unui himen imperforat, cînd ejaculația are loc *ante portas,* se citează cazuri de sarcini ; deci obstacolul mecanic este minim față de numărul mare de spermatozoizi ejaculați.

O oarecare importanță o are modificarea biologiei vaginale, pH-ul vaginal. Hiperaciditatea vaginală în urma actului sexual (mai ales dacă ejaculația este minimă și conținutul vaginal este evacuat rapid, înainte ca un număr de spermatozoizi să fi ajuns spre col) sau insuficiența secrețiilor cervicale sau a glandelor vestibulare contribuie la diminuarea factorilor care, în mod normal, favorizează alcalinizarea, opunîndu-se acidifierii crescute a mediului vaginal *post coitum*.

În cele de mai sus am enumerat principalii factorii etiologici care produc sterilitate, acționînd la nivelul ovarelor, trompelor, uterului și vulvovaginal.

Cunoașterea și depistarea acestora ne ajută să prevenim și să tratăm sterilitatea.

PREVENIREA STERILITĂȚII

Avînd în vedere importanța biologică și socială a sterilității, cît și faptul că rezultatele diferitelor tratamente sînt încă mediocre, se pune în primul rînd problema prevenirii sterilității la ambele sexe.

Pentru *profilaxia sterilității feminine* se impune evitarea factorilor etiologici enumerați și, în special, evitarea infecțiilor generale și genitale. Cauzele cele mai frecvente de sterilitate (80% din cazuri) sînt obstrucțiile tubare postinflamatoare, iar evitarea lor se face printr-o profilaxie riguroasă a bolilor venerice, cît și prin tratamentul precoce și cu mijloace moderne al inflamațiilor aparatului genital (metroanexite, salpingite, ovarite etc.).

Avorturile repetate reprezintă o cauză favorizantă pentru apariția sterilității, mai ales atunci cînd executarea lor se face în condiții neigienice sau de către persoane necompetente, prin raclarea profundă a pereților uterini.

Pobedinski, pe o statistică de 3 121 de femei cu sterilitate, a constatat avortul în 63% din cazuri ca unică explicație a sterilității. Avorturile nu sînt deci inofensive pentru funcția aparatului genital feminin și pot duce și la sterilitate.

Depistarea și tratarea bolilor generale, ca tuberculoza, sifilisul, ca și a bolilor endocrine, au ca rezultat păstrarea fertilității feminine.

O altă direcție spre care trebuie îndreptată atenția este supravegherea pubertății și a maturizării femeii, cu depistarea și tratarea de timpuriu a stărilor de infantilism genital, de nedezvoltare a uterului (hipoplazie genitală), care este un factor important de sterilitate.

Consultațiile periodice din întreprinderi, ca și mijloacele de protecție necesare pentru femeile care manipulează substanțe radioactive sau aparate Röntgen sînt factori de profilaxie a sterilității.

De o mare importanță este și examenul medical general înainte de căsătorie, cu care ocazie se pot descoperi diferite boli sau malformații congenitale ale aparatului genital.

O abordare mai curajoasă a problemelor de educație sexuală, atît din partea pedagogilor, cît și din partea părinților, precum și respectarea de către soți a normelor de igienă și conduită în relațiile sexuale sînt factori hotărîtori, cu un rol deosebit în păstrarea sănătății și a fertilității umane.

În legătură cu *prevenirea sterilității masculine*, trebuie să spunem că aceasta este mai ușor de realizat și mai eficace decît tratamentul care, de multe ori, nu dă rezultate din cauza leziunilor avansate ireversibile.

Cunoașterea exactă a cauzelor sterilității îl ajută pe bărbat să facă singur profilaxia ei.

Evitarea cauzelor generatoare de sterilitate amintite mai sus, cît și efectuarea tratamentului precoce stau la baza prevenirii infertilității masculine. Ca și în cazul sterilității feminine, o atenție deosebită trebuie acordată infecțiilor generale și locale [tuberculoză, lues, gonoree, infecții virotice (orhita urliană) sau alte infecții (febra tifoidă, gripa, bruceloza, stafilocociile și streptocociile)], care dau leziuni testiculare (orhite și orhiepididimite), în care spermatogeneza este compromisă.

Evitarea factorilor mecanici care compromit irigarea sanguină și inervația testiculului (de exemplu, intervențiile chirugicale la timp în cazul ectopiilor testiculare sau în cazul herniilor, al unor varicocele sau hidrocele și

suprimarea compresiunii la nivelul cordonului spermatic) reprezintă mijloace de prevenire a sterilității.

Corectarea factorilor nutriționali, ca hipovitaminozele A, E, B, ca și evitarea factorilor toxici ca : saturnismul, intoxicația cu benzoli, tabagismul cronic, tratamentele prelungite cu sulfamide, aplicarea cu precauție și în doze adecvate a radioterapiei și a tratamentelor cu izotopi radioactivi reprezintă mijloace de profilaxie.

Se impune, de asemenea, tratamentul bolilor endocrine și al bolilor de nutriție cronice, ca obezitatea, diabetul, ciroza, ca și tratamentul precoce al stărilor de infantilism genital.

Supravegherea evoluției aparatului genital la băieți în copilărie și la pubertate nu pune în evidență deseori cazurile de ectopie testiculară, care, dacă nu au fost rezolvate în timp util, continuă să rămînă cauze de hipogonadism și de sterilitate. Astfel, H. Baile și C. Goignon, pe o statistică de 800 de cazuri de sterilitate, au găsit ectopii testiculare în 63 de cazuri (39 de ectopii bilaterale, din care 32 de cazuri cu sterilitate absolută, și 24 de ectopii unilaterale, din care 11 cazuri de sterilitate absolută).

Prevenirea stărilor de impotență sexuală masculină funcțională este, de asemenea, un factor de prevenire a sterilității. Se constată uneori că tratamentul impotenței sexuale funcționale este mai dificil decît al impotenței organice. De aceea trebuie să acordăm toată atenția evitării traumatismelor psihice, stărilor de tensiune nervoasă.

Respectarea igienei actului sexual de către ambii soți, creșterea nivelului igieno-sanitar, intervenția medicului în depistarea și tratamentul factorilor cauzali de sterilitate, cît și grija acordată familiei în țara noastră sînt factori care fac ca măsurile preventive să-și găsească eficacitatea.

TRATAMENTUL STERILITĂȚII

Tratamentul sterilității feminine. În infecțiile generale (cervicite, endometrite, salpingite) se recomandă antibiotice, asociate eventual cu vaccinoterapie.

În absența ovulatorie (disfuncție hipofizo-ovariană) se recomandă administrarea de gonadotrofine (cu prudență la femeile tinere). Modul de administrare (după Albeaux-Fernet) : gonadotrofine serice în faza preovulatorie (400 u./zi, a 7-a, a 8-a, a 9-a zi, și 1 000 u. în a 12-a zi a ciclului), apoi gonadotrofine corionice (1 000 u./zi în a 12-a, a 15-a și a 18-a zi a ciclului).

În insuficiența progesteronică, cu evoluție scurtă a corpului galben, se administrează progesteron (10 mg/zi, de la a 18-a zi pînă la a 23-a zi a ciclului). Se mai recomandă asocierea la tratament a hormonilor tiroidieni (triiodotironină) în prima jumătate a ciclului, timp de 15 zile.

În sterilitatea tubară, se recomandă corticoterapia pe cale locală și generală, urmată de administrarea de antibiotice. În inflamațiile cronice genitale, se indică diatermia, curele balneare.

În obstrucția de trompe se utilizează chirurgia plastică, care aplică diverse procedee.

Reimplantarea tubouterină nu dă rezultate decît în stenozele apropiate de uter. Repermeabilizarea pavilioanelor nu se realizează decît dacă obstrucțiile sînt recent constituite și nu se însoțesc de leziuni întinse ale pereților tubari.

Tratamentul sterilității masculine. În azoospermiile de origine secretorie se recomandă administrarea de testosteron în trei moduri : fie în doză de stimulare (100—150 mg pe lună), fie în doză de substituție (200—300 mg pe lună), în funcție de valoarea 17-cetosteroizilor, fie în doză de „siderație" (250 mg la 10 zile pînă la o doză totală de 2—3 g). Aceasta antrenează o sistare a spermatogenezei și apoi, prin fenomenul de *rebound*, o reapariție a ei, la 2—5 luni de la sfîrșitul tratamentului.

La tratamentul cu androgeni se asociază și hormonii tiroidieni (triiodotironină) și vitaminele E și A.

În azoospermiile excretorii se recomandă tratament chirurgical, prin anastomoză epididimo-deferențială.

MASTURBAȚIA

Obținerea plăcerilor sexuale prin mijloace proprii pe alte căi — în afara celor naturale — poartă denumirea de masturbație, onanism sau ipsațiune. Numele de masturbație vine de la cuvintele latinești *manus* și *stupratio*. Cuvîntul onanism vine de la numele de Onan, purtat de un personaj biblic care, după cum reiese din textul respectiv, se pare că practica coitul întrerupt, în scop anticoncepțional. O dată cu apariția cărții lui Tissot în 1760, intră în uz termenul de onanism. Unii autori, ca Hirshfeld, preferă termenul de ipsațiune (de la *ipse* = tu însuți), termen introdus de Kurkiewicz.

Indiferent de termenul cu care etichetăm acest obicei, el constă în obținerea de senzații sexuale (erecții, ejaculare, orgasm) prin mijloace proprii, altele decît cele naturale. În general, ori de cîte ori sînt folosite formele de autoexcitație, prin extinderea termenului, se poate vorbi și de o masturbație psihică, atunci cînd excitația și plăcerea sexuală sînt produse numai prin gînduri și amintiri în afara actului sexual sau în afara unor excitații manuale. Termenul de masturbație se poate aplica, de asemenea, și în cazul provocării de plăceri sexuale în urma unor manevre manuale din partea altei persoane.

În cazul masturbației, lipsește femeia, excitantul specific declanșator al motivației sexuale, care nu este prezentă și imediată. Ea este absentă în mod concret și pentru mulți este închipuită, imaginată. În majoritatea cazurilor de onanism este pur și simplu vorba de o excitație

proprie a organelor genitale, în scopul satisfacerii nevoilor sexuale.

Fenomenul masturbației este răspîndit nu numai la om, ci este întîlnit și la unele animale în stare domestică și sălbatecă. Maimuțele femele, cînd sînt excitate și le lipsește masculul, recurg la masturbație, care poate deveni o obișnuință.

Masturbația la om este răspîndită din vremurile cele mai îndepărtate, la toate popoarele, indiferent de gradul de cultură și civilizație și indiferent de clasa socială sau de sex.

În general, acest obicei apare la vîrsta tînără, la pubertate și în adolescență și practicarea lui scade o dată cu începerea activității sexuale normale. Onania este întîlnită mai frecvent între 15 și 20 de ani și această incidență mai mare se datorește faptului că la pubertate are loc o activare vie și tumultoasă a comportamentului sexual.

O dată cu înaintarea în vîrstă, se produce și maturizare deplină a organismului și, în cadrul vieții conjugale, își găsește rezolvarea impulsul sexual, prin începerea relațiilor sexuale normale. Numărul masturbanților și frecvența onaniei la același individ descresc cu vîrsta, pînă la dispariție. Grija cu care este crescut tineretul din țara noastră și deprinderea lui cu principii de morală sănătoase, dezvoltarea sentimentelor estetice și încadrarea acestora în normele etice, importanța care se dă culturii fizice și sportului sînt factori importanți care duc la scăderea frecvenței masturbației printre tineri.

În ceea ce privește frecvența masturbației la cele două sexe, ea este în funcție și de vîrstă. Dacă ne referim la impuberi, obiceiul masturbării este mai frecvent întîlnit la fete, la care emanciparea și trezirea instinctului sexual au loc mai devreme decît la băieți și, la care, în plus, apariția pubertății precipitate este mai frecventă decît la băieți. La pubertate și în adolescență, se pare că obiceiul se întîlnește mai frecvent la sexul masculin, din cauza impulsului sexual mai puternic și mai imperios. În viața adultă, fără îndoială, masturbația se poate întîlni în aceeași măsură la ambele sexe și aceasta depinde de condițiile de mediu. Se pare totuși că la bărbați este mai frecventă decît la femei.

Unii practică masturbarea de cîteva ori în viață, și atunci întîmplător ; alții însă își fac din această practică un obicei permanent, cu o frecvență de 2—3 ori pe zi, chiar și mai mult. Cînd onanismul devine singura manifestare a vieții sexuale, poartă denumirea de esențial. Nu intră în discuție categoria masturbanților psihopați sau cu diferite boli nervoase (oligofrenie, schizofrenie, lues), la care practica poate să ajungă la o frecvență de 20—30 de ori pe zi. În acest caz, masturbația este o consecință, un efect al tulburărilor psihice, nu o cauză a lor.

Factorii care duc la apariția masturbației sînt multipli și în majoritatea lor provin din mediul înconjurător. Toate condițiile care duc la trezirea sexualității prea de timpuriu la tineri pot deveni factori favorizanți sau determinanți ai masturbației. Dacă educația fizică, intelectuală și morală este bine organizată, tinerii vor avea preocupări importante și prilejurile pentru a deprinde acest obicei vor fi mai puține. Observarea și înțelegerea vieții sexuale a animalelor domestice și a păsărilor „trezesc" motivația sexuală și favorizează practicarea masturbației. Din această cauză este necesară supravegherea copiilor și tinerilor și în timpul liber. Părinții vor avea în vedere în acest sens jocurile copiilor, anturajul acestora, temele de discuție abordate și vocabularul întrebuințat.

Îndeosebi în țările capitaliste, sînt factori masturbanți unele excitații psihice venite din mediul extern, dintre care cele mai importante furnizate de literatura lascivă și pornografică sau de contactul cu copiii sau adulții destrăbălați, care folosesc înjurături și au obiceiuri și comportări vulgare.

Un factor important, determinant, îl constituie venirea în contact a copiilor cu alți copii care deja practică acest urît obicei, care devine repede contagios. Ascultarea discuțiilor dintre adulți pe tema actului sexual sau observarea, din întîmplare, a actului sexual constituie un factor important în trezirea instinctului și a senzațiilor sexuale.

Dintre excitanții mecanici externi are importanță îmbrăcămintea strîmtă (pantalonii, lenjeria), care, dacă se mulează prea strîns pe corp, excită în mod permanent organele genitale, ceea ce favorizează apariția masturbației. Unele jocuri cu colegii sau cu prietenii, însoțite de gîdilatul reciproc, cresc excitabilitatea și fixează atenția asupra organelor genitale. Părinții trebuie să evite gesturile și atitudinile care au o acțiune excitantă asupra organelor genitale ale copiilor mai mici. Astfel, ploaia de sărutări pe abdomenul și pieptul copiilor, obicei practicat dintr-un exces de alintare a copilului, contribuie la o deșteptare prea de timpuriu a instinctului sexual. Să nu mai vorbim de grija exagerată a părinților față de aprecierea organelor genitale ale băiatului. Deseori, ei se alarmează, fără nici un temei, de lipsa de normalitate a dezvoltării genitale a băiatului. Or este cunoscut faptul că organele genitale externe ale băiatului încep să crească într-un ritm evident de-abia la 11 ani.

Contractarea unor parazitoze sau eczeme, care se pot extinde și în regiunea genitală, prin pruritul pe care-l provoacă, trezește sensibilitatea sexuală și poate favoriza masturbația.

Lipsa igienei corporale și a unei igiene locale genitale face ca, la băieți, sub prepuț, să se acumuleze smegma — o materie care devine iritantă și excitantă pentru organele genitale. Scurgerile menstruale la fete au, de asemenea, un efect excitant și iritant al regiunii genitale, mai ales dacă nu sînt respectate regulile elementare de igienă.

Regimul de viață și alimentație are un rol deosebit de important. Viața sedentară, fără mișcare și fără sport, izolarea de colectiv, tendința de a se îndepărta de cei din jur și a trăi solitar predispun la apariția anumitor obiceiuri, printre care și masturbația.

Alimentația excitantă și în special consumul de băuturi alcoolice (încurajat uneori chiar de părinți) au efecte dăunătoare, prin trezirea timpurie a interesului pentru viața sexuală și pot determina apariția masturbației. Consumul exagerat de lichide, prin umplerea peste măsură a tubului digestiv și a vezicii urinare, în special seara la culcare, prin compresiunea exercitată asupra organelor genitale, pe cale reflexă, constituie un factor excitant. Nu este recomandabil ca puberul să doarmă într-o cameră prea caldă și pe un pat prea moale, deoarece aceste condiții favorizează masturbația.

În cazul adulților, principala cauză care duce la masturbare este lipsa unei activități sexuale normale din diverse motive, care depind de situație. Astfel, viața dusă în locuri lipsite de contactul cu sexul opus favorizează apariția masturbației (este cunoscut procentul mai mare de onaniști în internate, cazărmi, spitale, sanatorii, închisori sau printre echipajele vaselor maritime).

Obiceiul onaniei devine, de multe ori, un reflex condiționat și chiar dacă persoana respectivă încearcă raporturi sexuale normale, acestea deseori sînt însoțite de hiperemotivitate și de teama nereușitei. Uneori, frica masturbantului că nu va putea începe o viață sexuală normală îl face să persiste în obiceiul său și să se izoleze de sexul feminin.

Uneori, adversiunea față de actul sexual este indusă și înrădăcinată în mintea băiatului sau a fetei de către părinți, printr-o educație greșită, în sensul că actul sexual este lucrul cel mai imoral și dăunător pentru organism (prin aceasta părinții scontează să înfricoșeze pe adolescenți, dar în același timp influențează negativ personalitatea lor psiho-sexuală). Există situații cînd actul sexual nu satisface pe ambii parteneri sau pe unul dintre ei și, în acest caz, cel nesatisfăcut, din dorința obținerii unui orgasm, recurge la masturbație.

Ori de cîte ori există o creștere a excitabilității genitale de origine psiho-senzorială sau locală, în lipsa altor activități fizice și intelectuale, în funcție de mediul înconjurător și de imposibilitatea satisfacerii nevoii sexuale, aceasta poate duce la rezolvarea dorinței sexuale crescute prin practicarea masturbației.

Manierele de practicare a masturbației sînt multiple. Cel mai frecvent folosită este masturbarea manuală, pînă la obținerea ejaculației și a falsului orgasm ; alteori sînt utilizate diferite obiecte, care creează iluzia organelor genitale ale sexului opus. Unele obiecte folosite pentru masturbare pot produce accidente. Astfel, chirurgii relatează că în cursul operațiilor găsesc uneori, în căile genitale feminine următoarele obiecte : ace de cap, agrafe, creioane, batoane de ceară, bujii, rujuri, sîrme îndoite la cap, andrele, diverse bile etc.

Este interesant că o parte din obiectele utilizate pot fi găsite în vagin, dar și în uretra femeilor, deoarece aceasta reprezintă o zonă erogenă. Din cauza ignoranței asupra detaliilor anatomice sau datorită faptului că zona uretrală este erogenă, unele fete introduc în uretră obiecte care pot ajunge, uneori, pînă în vezica urinară, cu consecințe nocive pentru organism. Corpii străini care cad în vezica urinară nu pot fi extrași decît prin intervenție chirurgicală, iar dacă rămîn aici produc infecții sau favorizează formarea de calculi. Bineînțeles că unele obiecte mai pot provoca răniri ale mucoasei vaginale sau uretrale, iar alteori, accidente mai grave.

În cazul masturbării mintale psihice, orgasmul se produce prin simpla imaginație sau amintire lascivă. Unele femei cu o excitabilitate sexuală crescută pot obține satisfacția prin simpla apropiere și compresiune a coapselor din regiunea genitală.

Consecințele masturbației asupra organismului au o anumită importanță și trebuie să le apreciem în raport cu vîrsta și cu frecvența acestei practici.

A fost o perioadă cînd se exagera în privința consecințelor masturbației, pretinzîndu-se că ea este sursa celor mai grave boli nervoase. Această concepție eronată a dus la apariția unei literaturi pseudoștiințifice, care înfricoșa și îngrozea pe onaniști. Cînd masturbantul ajungea să citească asemenea relatări, teama de care era cuprins favoriza la el apariția, cu adevărat, a unor tulburări psihice, uneori mergînd pînă la tendința de sinucidere.

Ulterior, în urma cercetărilor, autori competenți — ca Berkman, Moll, Vogel, Erb, Hesnard — se ridică și combat punctul de vedere greșit de mai sus. Alți autori, ca Stechel, au alunecat în cealaltă extremă, tot greșită, de a afirma că masturbația nu ar avea absolut nici o urmare nocivă, fapt ce nu corespunde cu realitatea.

Un prim fenomen este clar, și anume că masturbația nu poate da o satisfacție sexuală deplină. Nu are loc o adevărată destindere a tensiunii nervoase acumulate în timpul excitației mecanice, deoarece lipsește contactul in-

tim dintre parteneri, lipsește trăirea psihică reciprocă a actului sexual. Repetarea masturbării duce, cu timpul, la epuizarea sistemului nervos și, din cauza efortului imaginativ și a lipsei de destindere, se poate instala o nevroză cu elemente anxioase sau depresive. Masturbantul, datorită insatisfacerii sale sexuale, caută noi metode de masturbare, mai rafinate, care dăunează și mai mult sănătății și potenței sale sexuale.

Într-un act sexual normal participă tot fizicul și psihicul omului, pe cînd masturbația este un act izolat, solitar, care duce la simpla golire a rezervelor seminale. Mai devreme sau mai tîrziu, masturbanții sînt cuprinși de un sentiment de culpabilitate și încep să aibă remușcări, fenomen ce poate determina apariția unor stări de boală ca ipohondria, mai ales dacă este vorba de fete tinere. În ceea ce privește atitudinea celor din jur față de masturbanți, aceasta nu trebuie să fie exagerată. Se va explica că masturbația este un act artificial și un obicei dăunător sănătății ; altfel, dacă scontăm să speriem pe masturbant de practica lui, riscăm să-l aducem într-o stare de nevroză și, ulterior, la impotență sexuală prin autosugestie — stări ce sînt mai greu de vindecat.

Ca o consecință a masturbației cronice apar ejaculațiile precoce la bărbat și, uneori, impotența sexuală psihogenă prin autosugestie (existînd teama de a nu fi capabil de un act sexual normal). La unele femei scade sensibilitatea sexuală, uneori pînă la frigiditate. În antecedentele unor femei frigide putem găsi practicarea masturbației. Catherine Davis, care a studiat mult caracterele masturbației feminine, susține că urmările nu ar merge chiar atît de departe. Ca fenomene generale, aceste femei acuză scăderea memoriei, o irascibilitate care alternează cu o stare de depresiune și, din cauza practicării actului solitar al masturbației, la ele se dezvoltă egocentrismul.

Masturbantul este un om timid, fără spirit de inițiativă și care caută să fugă de colectiv. Din cauza astheniei psihice și fizice care se instalează, la masturbanți apar ușor și tulburări neurovegetative, ca cefalee, ameteli, palpitații, amorțeli și furnicături în membre.

Copiii care se masturbează au tendința să practice obiceiul în mod excesiv, aproape automat, fără control.

Din această cauză ei ajung ușor la surmenaj, le scad voința și capacitatea de muncă fizică și intelectuală, memoria lor devine greoaie, apetitul diminuă și slăbesc în greutate.

Dacă ne îndoim să semnele de mai sus țin de masturbație și în cazul cînd anamneza nu ne poate preciza practicarea obiceiului, atunci se recomandă supravegherea copilului în timp. Ulterior, dacă prin examinarea organelor lui genitale constatăm că acestea sînt congestionate și iritate, iar penisul ușor decalotabil și uneori în semierecție, atunci se suspectează masturbația.

Adolescentul care se masturbează este retras și nu se apropie de sexul opus. Îl privește cu indiferență, iar atunci cînd îndrăznește să se apropie, mai ales dacă partenerul nu corespunde imaginației sale, el rămîne decepționat.

La adulți actele de masturbație din timpul pubertății se răresc ; indivizii care se masturbau își reiau activitatea sexuală normală o dată cu căsătoria și cel mult se vor masturba numai ocazional, în mod compensatoriu sau din dorința de a îmbogăți coloritul vieții lor intime. Ei devin pretențioși în alegerea partenerei sau a partenerului. Deoarece încă din perioada exclusivă a masturbării aveau o anumită imagine a tipului ideal al sexului opus, ei nu renunță și caută asemenea tipuri.

O parte dintre cei care practică masturbația însă își continuă obiceiul și în viața adultă și aceștia sînt candidați la impotență sexuală funcțională prin timiditatea lor, prin complexul de inferioritate, iar prin teama înfiltrată de literatura pseudoștiințifică ei pot deveni cu adevărat impotenți.

Din cauza indiferenței pentru sexul opus, se pot ivi orientări deviate ale actului sexual către același sex și, în anumite condiții, poate să apară dorința de perversiuni sexuale.

Profilaxia masturbației este o problemă importantă din punctele de vedere igienic, medical și social. Superficialitatea și lipsa de rigurozitate științifică cu care a fost privită această problemă au făcut ca să se răspîndească în masă atît exagerări ale consecințelor onaniei, cît și subaprecieri ale acestei practici. Exagerarea conse-

cinţelor a dus la înspăimîntarea atît a celor care o practică, cît şi a părinţilor, care, pentru a combate masturbaţia, au încercat să utilizeze metode brutale şi aspre, bineînţeles fără nici un rezultat. Subaprecierea fenomenului de masturbaţie a dus la atitudinea pasivă a unor părinţi şi pedagogi, pe motivul că ar constitui o necesitate fiziologică, din cauza lipsei posibilităţilor de realizare a actului sexual.

Ambele puncte de vedere sînt extremiste, eronate şi trebuie combătute. Conduita noastră în această problemă trebuie să fie intransigentă, dar şi plină de tact. Eforturile pedagogului şi ale medicului trebuie să se îndrepte în special asupra înlăturării factorilor din mediul înconjurător care favorizează şi determină apariţia masturbaţiei.

În acest scop, o importanţă deosebită o are educaţia fizică şi morală a tineretului, în cadrul căreia se pune accentul pe dezvoltarea calităţilor naturale care apar la vîrsta pubertăţii. Acestea sînt reprezentate de simţul artistic şi estetic, atracţia către frumuseţile naturii, sentimentul de prietenie şi tovărăşie, apariţia spiritului colectiv şi aptitudinile sportive, care previn sau eliberează pe tînăr de practica onaniei.

Ca să obţinem succese în munca de educaţie, vom căuta să atragem pe tineri către viaţa de colectiv. Am văzut că masturbantul are tendinţa de izolare ; or, dacă ştim să-l lipsim, cu tact, de acest cadru şi să-l antrenăm în viaţa cultural-artistică, sportivă şi în viaţa socială, atunci în mod practic tînărului i se va distrage atenţia de la preocupările erotice. În statul nostru socialist, prin importanţa acordată colectivului în viaţa de zi cu zi, principiilor şi concepţiei sănătoase despre viaţă, se creează toate premisele ca tinerii noştri să aibă preocupări utile. Toate eforturile sînt canalizate către deprinderea tinerilor cu o muncă creatoare, plină de conţinut.

În procesul de creştere şi educaţie a copilului şi puberului există anumite perioade cînd grija faţă de sănătatea şi formarea lui trebuie să fie sporită, iar intervenţiile să fie făcute la momentul oportun şi cu mult tact. În acest scop se vor evita toţi factorii favorizanţi şi determinanţi ai masturbaţiei care au fost enumeraţi la în-

ceputul expunerii. Pe de altă parte, nici crearea unui mister şi a unui exces de pudicitate asupra organelor genitale nu este atitudinea cea mai bună. În asemenea cazuri, efectul este invers, deoarece este incitată şi mai mult curiozitatea copilului şi puberului. O explicaţie oportună ştiinţifică, prietenoasă, asupra problemelor care frămîntă pe tînăr este foarte utilă.

Regimul de viaţă şi igienă corporală au o importanţă deosebită în prevenirea masturbaţiei. Viaţa în aer liber, practicarea culturii fizice şi a sportului, cît şi a întrecerilor sportive călesc organismul şi îi dezvoltă, în mod armonios, calităţile fizice şi psihice. Un regim de viaţă echilibrat, fără excese fizice şi intelectuale, cu asigurarea unei odihne corespunzătoare, este de asemenea necesar. Gimnastica de înviorare de dimineaţă distrage atenţia de la preocupările sexuale. Îmbrăcămintea tinerilor, în special cea care acoperă organele genitale, va fi lejeră. Pantalonii şi lenjeria prea strîmte la băieţi au efecte excitante. Excitabilitatea mecanică pe care o produc în mod permanent asupra organelor genitale duce la trezirea timpurie a instinctului sexual şi a preocupărilor sexuale. Manifestările de nelinişte şi grija exagerată a unor părinţi privind sexualizarea copiilor fac să le atragă atenţia asupra organelor genitale şi astfel se trezeşte în ei interesul şi curiozitatea faţă de problemele sexuale.

Igiena corporală generală şi în special cea locală, a organelor genitale, contribuie mult la păstrarea sănătăţii şi îl ajută pe tînăr să se ferească de practicarea masturbaţiei. Duşurile reci şi băile generale au un efect tonifiant şi sedativ asupra organismului, iar spălarea organelor genitale externe înlătură factorii iritanţi şi excitanţi locali care rezultă din secreţiile fiziologice. Excesul de igienă corporală, insistarea exagerată asupra organelor genitale au un efect invers, de excitant al sexualităţii puberului.

Unele sporturi, ca ciclismul şi călăria, nu sînt nocive dacă se respectă normele şi regulile exerciţiului şi dacă nu se practică în exces.

Alimentaţia are rolul ei în ce priveşte prevenirea masturbaţiei. Trebuie evitate toate băuturile alcoolice,

12 — c. 1385

condimentele și principiile excitante și se va avea grijă ca masa de seară să nu fie prea copioasă și să nu conțină prea multe lichide. În același timp, se va asigura o evacuare normală a tubului digestiv.

În concluzie, profilaxia masturbației este mai importantă, dînd rezultate mult mai bune decît tratamentul ei, și constă într-un regim de viață și de muncă echilibrat, în înlăturarea factorilor erotizanți și excitanți din mediul înconjurător. În același timp, prin educație, se va cultiva și dezvolta sentimentul dragostei și toate calitățile morale.

În tratamentul medicamentos al masturbației dispunem de cîteva mijloace. Se vor combate insomniile, care, asociate cu căldura patului, favorizează apariția de preocupări sexuale. În cazurile în care există o excitabilitate sexuală crescută, se recomandă medicamentele cu acțiune sedativă, ca bromuri, barbiturice și extracte epifizare (Epifizan).

Excitabilitatea crescută locală poate fi diminuată cu diferite preparate medicamentoase sub formă de unguente.

Un rol hotărîtor îl are educația masturbantului, din care vor fi excluse amenințările inutile, insistîndu-se asupra unei explicații științifice și prietenești privind urmările pe care le poate genera obiceiul onaniei asupra sănătății și potenței sexuale viitoare. Concomitent, masturbantul va fi îndreptat către sport și un regim de viață echilibrată.

SEXUALITATEA LA CLIMACTERIUM

MENOPAUZA

Menopauza sau climaxul este o stare fiziologică prin care trece femeia și care corespunde cu oprirea ciclului menstrual, datorită epuizării funcției ovariene.

Fiind o stare normală prin care trec toate femeile, va trebui să o deosebim de toate situațiile în care oprirea menstrei (amenoreea) este patologică. Menopauza artificială survine după ovariectomie, histerectomie totală, castrare radioterapică sau prin izotopi radioactivi.

Vîrsta la care se instalează menopauza variază între 48 și 55 de ani, cel mai adesea în jur de 50 de ani. Vorbim de menopauză precoce cînd aceasta se instalează înainte de 48 de ani și de menopauză tardivă, cînd survine după 55 de ani. Menopauza precoce sau cea tardivă sînt, de obicei, de origine familială, ereditară.

Climaxul precoce mai poate surveni și în urma unor traume psihice intense. Apariția „tardivă" a stării de climax ține, uneori, de existența unui fibrom uterin, care sîngerează din cînd în cînd și creează impresia femeii că mai are menstră.

Durata menopauzei este variabilă și debutează printr-o perioadă denumită premenopauză, care corespunde cu suprimarea izolată a funcției corpului galben, după care se instalează menopauza propriu-zisă, în care înce-

tează și secreția de estrogeni și apare insuficiența ovariană totală.

Tulburările de menopauză și îndeosebi cele neurovegetative au intensitate și durată variabilă și depind de teren, de nivelul cultural, de echilibrul afectiv și de tipul de sistem nervos. Astfel, la femeile la care există un dezechilibru neurovegetativ, menopauza este zgomotoasă, pe cînd la cele echilibrate și care duc o viață liniștită, intrarea în perioada critică se poate face pe nesimțite. La femeile de la oraș, care au un grad de cultură mai ridicat și care duc o viață mai agitată, care-și pun mai multe probleme sexuale, menopauza este de obicei însoțită de tulburări, pe cînd la femeile din mediul rural, care duc o viață mai puțin agitată și care au mai puține preocupări în legătură cu sexualitatea, menopauza este mai liniștită la majoritatea din ele, la unele nefiind însoțită de nici o tulburare. După L. De Gennes, 25% din femei nu au nici o tulburare la menopauză.

Tulburările de menopauză sînt variabile și sînt precedate de cele din premenopauză. În timpul premenopauzei, din cauza stării de hiperfoliculinie relativă, femeia poate să acuze menstre abundente, uneori metroragii, sindrom de tensiune premenstruală, tradus prin congestii mamare, mastodinii, congestii pelviene, migrenă, crize vasculare, palpitații, meteorism abdominal. Aceste simptome sînt uneori însoțite de o creștere anormală a excitației și a dorinței sexuale. Exagerarea erotismului, a libidoului, cînd se lovește de lipsa de satisfacție, poate determina apariția unei stări depresive, uneori cu elemente anxioase, sau poate favoriza apariția unor tulburări psihice. Din această cauză se cere din partea soțului înțelegere și menajamente din toate punctele de vedere.

Uneori, la premenopauză, apar și valuri de căldură, transpirații. După o perioadă de premenopauză, variabilă ca durată (în medie 1—2 ani), urmează o rărire a menstrelor și o reducere cantitativă a lor ; ciclurile devin neregulate, apoi dispar complet. Dispariția ciclului menstrual marchează instalarea menopauzei propriu-zise.

Menopauza propriu-zisă se traduce prin tulburări neurovegetative, vasomotorii, care constau în bufeuri, pe care femeia le percepe ca pe o senzație de căldură care

invadează ascendent întregul corp, urmate de transpirații generalizate, abundente și care se pot repeta de mai multe ori pe zi. Bufeurile de căldură sînt variabile ca număr și ca intensitate, uneori îndesindu-se și accentuîndu-se progresiv. Acestea sînt accentuate de stările de emoție sau de modificările termice. Uneori, transpirațiile pot fi singurul simptom care înlocuiește bufeurile.

Tulburările vasomotorii din sfera cerebrală se traduc prin cefalee, migrenă, ameteli sau zgomote în urechi. La acestea se adaugă, uneori, o senzație de greutate cu furnicături și parestezii în membre. Modificările vegetative viscerale apar de regulă la menopauză și constau în palpitații, jenă precordială și oscilații tensionale.

Ceea ce neliniștește pe unele femei la menopauză sînt tulburările psihice și de caracter. Femeia are senzația de disconfort, nu se simte bine, acuză scăderea memoriei, a inițiativei, iar asociațiile de idei devin lente, acuză o stare de astenie generală, care o predispune la inactivitate. Din punct de vedere afectiv, se instalează o iritabilitate, susceptibilitate, autoritarism și tendință la depresiune. Toate acestea o nemulțumesc, adaptîndu-se greu la noile condiții de viață. Episoadele afective minore îi produc cu ușurință hiperemotivitate, instabilitate emoțională și teamă. În general, la menopauză se poate vorbi de o instabilitate neurovegetativă, cu o alternanță între starea de excitabilitate și cea de inhibiție. Din această cauză, la menopauză se pot accentua unele tulburări psihice preexistente sau pot apărea unele fobii și obsesii ca : teama că soțul nu este fidel, teama de toate bolile, unele deliruri erotice sau mistice. În asemenea cazuri, psihoterapia și tratamentul de reechilibrare neurovegetativă (sedative, tranchilizante) sînt eficace.

În timp ce în premenopauză dorința sexuală — libidoul — era crescută, în menopauza propriu-zisă scade și poate apărea un grad de indiferență și chiar de repulsie față de viața sexuală. Această modificare, care se asociază unei susceptibilități crescute, poate duce la apariția geloziei, care la femeia la menopauză este o gelozie reacțională — cea mai nocivă —, pentru că se poate manifesta prin reacții impulsive.

Aspectul general fizic al femeii la menopauză comportă modificări ale siluetei, care se lărgește ; deseori apare excesul ponderal, apar riduri ale feței, uneori edeme palpebrale și deseori o discretă pilozitate pe față și pe corp. Sînii au tendința la hipotrofie, consistența lor devine flască, își pierd conturul, iar la femeile grase rămîn voluminoși, datorită adipozității, și nu țesutului glandular, care totuși diminuă. Tegumentele își pierd din finețe și elasticitate, devin mai uscate și se cutează la nivelul feței, al gîtului. Pe membre, apar mici varicozități subtegumentare, crește volumul varicelor preexistente, părul și unghiile devin friabile ; vocea se îngroașă. Aceste modificări somatice, ca și cele ale organelor genitale reprezintă, în ansamblu, o diminuare a trăsăturilor feminine, din cauza încetării funcției ovariene.

În sfera genitală se produce o involuție a organelor genitale. Uterul diminuă în volum, ovarele încep să se atrofieze, iar atrofia mucoasei vaginale și vulvare, lipsa de troficitate antrenează dureri cu ocazia raporturilor sexuale (dispareunie). Unele femei acuză prurit vulvar sau semne de vaginită atrofică, însoțită de scleroză a țesutului vulvar și perivulvar (craurozis vulvar — *kraurosis vulvae).*

Modificările de mai sus sînt greu acceptate de femeia la menopauză, ea neîmpăcîndu-se cu această situație.

Masters și Johnson au studiat prin aceleași metode fiziologice răspunsul sexual și reacțiile organismului la femeile în vîrstă la un număr de 61 de femei, dintre care 27 între 41 și 50 de ani, 23 între 51 și 60 de ani, 9 între 61 și 70 de ani și 3 între 71 și 80 de ani. Autorii ajung la următoarele concluzii :

— Reacția de tumescență a glandului clitoridian în faza de excitație s-a produs numai la 14 din cele 61 de femei, deci într-un procent mai redus comparativ cu femeile mai tinere. Creșterea vasocongestivă a diametrului corpului clitoridian, care reprezintă o reacție constantă la femeile tinere, se produce la fel în mod constant și la femeile în menopauză sau postmenopauză.

— În timpul fazei de platou a tensiunii sexuale, în apropiere de orgasm, s-a observat aceeași retracție a

glandului clitoridian sub capușonul labiilor mici, de aceeași manieră ca la femeile mai tinere.

— Reacția de aplatizare a labiilor mari, separarea de orificiul vaginal și elevația lor caracteristică reacțiilor femeilor nulipare dispare cînd femeia îmbătrînește. Reacția de schimbare a culorii labiilor mici în roșu în faza preorgasmică diminuă evident la femeile în menopauză și postmenopauză. Activitatea secretorie a glandelor Bartholin este încetinită de înaintarea în vîrstă, dar nu înainte de instalarea completă a menopauzei. O activitate secretorie s-a observat totuși la 12 dintre femeile între 51 și 60 de ani și la 3 între 61 și 70 de ani.

Vaginul femeii în vîrstă suferă transformări involutive specifice datorită privațiunii de hormoni ovarieni. După menopauză vaginul se scurtează în lungime și lățime, ajungînd la 4,5—6 cm lungime și 1—1,5 cm lățime. Concomitent pierde mult din capacitatea lui de destindere, grosimea peretelui vaginal diminuă, pierde aspectul plisat și mucoasa uterină se subțiază.

În faza de excitație, lubrifierea vaginală, primul semn de răspuns vaginal, este foarte afectată în postmenopauză, aproape în mod constant. După 55 de ani și îndeosebi după 60 de ani, în timpul actului sexual lubrifierea vaginului este slabă și întîrziată (apare, de obicei, după 1—3 minute), în timp ce la femeia tînără apare la 10—30 de secunde. În timpul fazei în platou formarea platformei orgasmice, a vasocongestiei în treimea externă a vaginului, se produce la toate femeile, dar are o intensitate foarte redusă la cele cu involuția organelor genitale postclimacterică. Orgasmul se produce și la femeia în postmenopauză, dar contracțiile platformei orgasmice vaginale sînt mai reduse ca număr între 3—5, comparativ cu 5—10 la femeile de 20—30 de ani.

Contracția în timpul orgasmului la femeile în postmenopauză este resimțită ca o durere vie de tipul unei crampe. După 60 de ani unele femei sînt atît de jenate de această durere vie, încît ele evită să ajungă la orgasm și chiar au repulsie față de actul sexual.

În faza de rezoluție a actului sexual din cauza lipsei de elasticitate a canalului vaginal, cele două treimi ale vaginului, dilatate anterior, se retractă foarte rapid și

revin la starea dinainte de stimulare spre deosebire de revenirea mai lentă la femeia mai tînără. De asemenea, dispariţia vasocongestiei treimii externe a vaginului este mai rapidă decît la femeile tinere.

În concluzie, capacitatea şi performanţele sexuale nu sînt limitate în timpul anilor care preced menopauza, dar în general, intensitatea şi rapiditatea reacţiilor fiziologice ale organelor genitale în timpul fazelor actului sexual sînt reduse pe măsură ce trec anii. Cu toate schimbările involutive genitale, femeia în vîrstă, în postmenopauză este capabilă de o viaţă sexuală, putînd atinge nivelul răspunsului orgasmic, îndeosebi dacă a avut ocazia unei stimulări sexuale eficace în mod regulat.

Din cauza privaţiunii de hormoni estrogeni, multe femei în primii ani după menopauză, acuză dureri în timpul sau imediat după coit. Aceste dureri sînt deosebit de vii la penetraţie sau, cînd raporturile sexuale se prelungesc, apar senzaţii de arsură sau dureri pelviene. Aceste simptome de dispareunie şi uneori de disurie postcoitală se datoresc subţierii importante a mucoasei vaginale şi reducerii extensibilităţii canalului vaginal, precum şi diminuării şi întîrzierii lubrifierii vaginale, fenomene care apar după 55 de ani.

Modificările în comportamentul sexual al femeii la menopauză şi postmenopauză se explică nu numai prin insuficienţa hormonală, ci şi prin factori psihologici şi social-economici. Kinsey a arătat că în mare parte, libidoul la femei după menopauză este direct legat de obiceiul şi experienţa sexuală din anii vieţii genitale. Creşterea libidoului la femei la premenopauză îşi găseşte o explicaţie parţială pentru unele femei, printr-o eliberare de teama sarcinii ; la altele, între vîrsta de 40—50 de ani, se constată o activitate sexuală crescută, din dorinţa de concepţiune. La o altă categorie de femei, o dată eliberate de exigenţele impuse de protecţia maternală pentru maturizarea descendenţilor, energia lor fizică şi psihică disponibilă ia astfel o nouă orientare. O femeie frigidă sau care nu a avut o activitate sexuală regulată şi satisfăcătoare psiho-sexuală, în viaţa sa genitală adultă,

este de aşteptat că o dată cu venirea menopauzei să aibă repulsie faţă de orice formă de activitate sexuală.

De obicei, partenerul conjugal masculin este mai în vîrstă cu cîţiva ani decît soţia şi prezintă diverse incapacităţi fizice ale îmbătrînirii, încît pentru aceştia fie că lipseşte atracţia sexuală, fie că soţul este incapabil de actul sexual. Trebuie să se mai ţină seama şi de alt element. Cadoul longevităţii nu este egal repartizat între cele două sexe, fiind favorizat sexul feminin. Dacă se ţine seama de acest aspect, înseamnă că un număr de femei mai în vîrstă nu au parteneri de viaţă sexuală.

FIZIOPATOLOGIE

Perioada de premenopauză se caracterizează printr-o insuficienţă a corpului galben, a secreţiei de progesteron. Acesta se traduce clinic prin dispariţia aspectului bifazic al curbei termice bazale (dispare hipertermia premenstruală), iar biochimic pregnandiolul urinar este foarte scăzut (urme sau absent în 88% din cazuri, după Cl. Béclère). Nivelul estrogenilor urinari este normal sau crescut, realizîndu-se o stare de hiperfoliculinie relativă, care se decelează şi prin aspectul frotiurilor citovaginale. În ceea ce priveşte secreţia de gonadotrofine hipofizare, se constată o scădere a hormonului luteinizant (LH) şi o creştere moderată a hormonului foliculostimulant (FSH) în circa 50% din cazuri. În ovar, se constată lipsa de corpi galbeni ; în schimb, există numeroşi foliculi chistici persistenţi.

Deci, la premenopauză se instalează o hiposecreţie de LH şi consecutiv insuficienţa progesteronică şi deseori o hipersecreţie de FSH, cu hiperfoliculinie. Această disfuncţie hipofizo-ovariană ar fi legată de unele modificări funcţionale ale centrilor hipotalamici, de origine genetică.

Perioada de menopauză propriu-zisă corespunde unei insuficienţe ovariene totale (estrogenică şi progesteronică). Dozările de hormoni estrogeni în urină, în această perioadă, arată valori foarte scăzute şi îndeosebi ale

estronei și ale estradiolului. Se admite că secreția de hormoni estrogeni restantă la femeia în menopauză provine din corticosuprarenală. În ce privește secreția de progesteron, metabolitul său — pregnandiolul urinar — scade la cifra de circa 0,6 mg/24 de ore, valoare inferioară cifrei înregistrate la bărbat. Dozarea gonadotrofinelor urinare totale (prolanuria totală) și îndeosebi determinarea de FSH arată valori care depășesc cifra de 30 pînă la 100 sau chiar 200 u. (Lucienne de Gennes). Se constată că această gonadotrofinurie se menține pe o perioadă de mai mulți ani.

Nu se știe exact de ce ovarul își diminuă funcția progesteronică la premenopauză sau își sistează complet funcțiile la menopauză. După unele cercetări, aceste fenomene sînt datorite unei diminuări a secreției de LH (în premenopauză) și unele scăderi, pînă la dispariție, a receptivității țesutului ovarian la stimularea cu hormoni gonadotropi, fenomen de natură genetică. Se pare că ovarul își pierde inițial receptivitatea față de stimularea cu LH (a cărui secreție diminuă), rămînînd mai departe receptiv față de FSH, care-și continuă funcția stimulatorie asupra foliculilor primordiali, dar în absența stimulării cu LH nu-i poate maturiza și, în consecință, ovulația nu se produce și corpul galben nu se formează. În menopauza propriu-zisă, dispare receptivitatea ovarului și la FSH, producîndu-se astfel o insuficiență ovariană totală. Apar amenoreea și hipersecreția de FSH prin defrenare hipofizară în lipsa hormonilor ovarieni. Dacă menopauza pare să fie un fenomen endocrin cu declanșare centrală, în care intervine și lipsa de receptivitate ovariană, este evident că involuția progresivă a ovarului și lipsa secreției lui hormonale determină creșterea secreției de FSH hipofizar.

Starea de hipertonie diencefal-hipofizară din timpul climacteriului favorizează apariția și a altor tulburări endocrine ca : hipertiroidism (Basedow), uneori hipotiroidie (mixedem), iar alteori hipercorticism metabolic sau androgenic.

TRATAMENT

În faza de premenopauză, în care alternează deseori perioade de metroragii cu amenoree sau polimenoree, cu sindrom de tensiune premenstruală accentuat, se recomandă tratamentul patogenic cu progesteron (10—25 mg/zi), în a 2-a fază a ciclului menstrual (a 19-a, a 21-a, a 23-a zi). Se mai pot administra preparate hormonale care conțin progesteron și testosteron (Lutestan), de asemenea în a doua jumătate a ciclului menstrual 2—3 fiole (a 19-a, a 21-a, a 23-a zi). Cu metiltestosteron *per os* se pot obține rezultate similare (Netter). Medicul se va abține de la administrarea testosteronului (care poate da fenomene de virilizare și de accentuare a libidoului). Acesta va fi rezervat numai stărilor de menometroragii, întîlnite uneori la preclimacterium. Cînd substratul histologic al acestor menometroragii este hiperplazia glandulo-chistică, se recomandă chiuretajul uterin, urmat de un tratament de echilibrare hormonală.

Combaterea tulburărilor neurovegetative, în afară de administrarea preparatelor hormonale, se face cu : sedative, tranchilizante.

Menopauza propriu-zisă pune problema tratamentului numai atunci cînd este însoțită de fenomene neurovegetative vasomotorii manifeste, zgomotoase, sau în cazul apariției unor tulburări psihice sau de caracter.

Se recomandă medicația sedativă, deconectantă, tranchilizantă, anxiolitică sau antidepresivă.

Rezultatele cele mai bune se obțin prin administrarea de preparate hormonale care conțin estrogeni și androgeni (Testosin a 1 mg în injecții i.m., o fiolă la 3—4 zile la începutul tratamentului, apoi o fiolă pe săptămînă sau mai rar). La fel de eficace și mai ușor de administrat sînt preparatele hormonale cu resorbție lentă [Estrotest, o fiolă în injecție i.m. la lună, sau alt preparat (Femovirin)]. Se recomandă asocierea la acest tratament a extractelor de epifiză (Epifizan), 2 fiole în injecții i.m./zi la 2 zile, serii de cîte 20 de zile, care potențează efectele produsului Estrotest prin acțiunea sa, îndeosebi antigonadotropă FSH. În menopauza în care predomină astenia fizică și psihică, se recomandă administrarea de

hormoni androgeni anabolizanți (Dianabol, Nerobol, Naposim), care, în afară de acțiunea lor stenică, combat și eventuala osteoporoză de vîrstă.

Este fără sens și nocivă pentru organism producerea de cicluri menstruale artificiale la menopauză prin tratamente hormonale. Administrarea de hormoni estrogeni este contraindicată la menopauză în caz de existență a unor fibroame uterine asimptomatice.

În general, se va trata numai menopauza care este însoțită de tulburări neurovegetative, psihice, endocrine sau viscerale și se va respecta menopauza liniștită, după principiul *„primum non nocere"*.

ANDROPAUZA (climacteriul viril)

Nici bărbații nu sînt scutiți de instalarea în mod fiziologic a unei perioade de declin sexual, denumită climacterium viril sau andropauză. Între menopauză și andropauză, deși sînt semnalate unele manifestări neurovegetative comune, există totuși și deosebiri însemnate. Aceste două stări nu sînt identice. În timp ce menopauza se traduce prin oprirea menstrei, încetarea funcțiilor ovariene și începutul involuției genitale, andropauza nu corespunde cu dispariția funcțiilor testiculare, spermatogeneza și androgeneza nu încetează ci diminuă și nu apare nici involuția genitală, decît mult mai tardiv. Observațiile din literatură arată că în preandropauză există o exacerbare a libidoului, iar în andropauză acesta se menține mai slab, dar bărbatul are posibilitatea fecundantă păstrată uneori pînă la o vîrstă destul de înaintată (70—80 de ani).

Scăderea activității sexuale la bărbat în cadrul involuției generale o organismului se produce lent, fără să aibă un caracter brutal, și andropauza se instalează progresiv și mai tardiv cu aproximativ 7—8 ani decît menopauza. Vîrsta medie la care se instalează climacteriul viril este în medie apreciată la 55—60 de ani ; unii autori o situează la peste 60 de ani (Horeck) iar alții în limite foarte largi — 50—70 de ani (Miliman).

În Suhumi, s-a semnalat cazul unui bătrîn de 140 de ani, care a avut activitate sexuală și a fost fertil pînă la 114 ani.

Manifestările andropauzei sînt mai puțin caracteristice decît ale menopauzei. Climacteriul viril se traduce prin diminuarea libidoului, a interesului pentru sexul opus, prin rărirea raporturilor sexuale ; erecțiile devin incomplete și de scurtă durată, excitanții obișnuiți specifici determină cu greu sau de loc erecția, iar ejaculația se produce dificil, este precoce și mai rar tardivă, eliminîndu-se o cantitate redusă de lichid seminal (oligospermie). Satisfacția sexuală — orgasmul — este diminuată, iar trăirea psihică a actului sexual este mai puțin intensă și aceasta ține atît de astenia psihică, cît și de efectuarea incompletă a actului sexual, cu apariția sentimentului de nereușită. Repetarea actului sexual devine dificilă, iar cu timpul imposibilă. Ulterior dispar și erecțiile matinale și orice dorință sexuală, aceasta are loc la o vîrstă destul de înaintată, abia la 70 de ani.

Borelli, care a examinat 263 de bărbați între 42 și 92 de ani, a constatat următoarele :

— apetitul sexual scade cu vîrsta. Între 45 și 50 de ani libidoul se menține în 68% din cazuri, iar după 60 de ani, în 38% din cazuri ;

— erecțiile matinale se răresc și scad pînă la dispariție cu timpul ;

— poluțiile nocturne, care sînt prezente într-o proporție de 20% între 45 și 60 de ani, scad la 5% în jurul vîrstei de 60 de ani ;

— ejacularea rapidă este deseori primul simptom al climacteriului viril și însoțește erecțiile slabe și incomplete.

A. L. Finkle și colab. au constatat că frecvența raporturilor sexuale la bărbați între 60 și 93 de ani variază de la 3 pe săptămînă, la cei potenți, pînă la 1 pe lună și chiar la un contact sexual pe an. În general însă, raporturile sexuale se mențin la 3/4 din bărbați pînă la 60 de ani, la mai puțin de jumătate din ei la 70 de ani și la numai 1/8 din bărbați la 80 de ani.

Cele mai interesante date reies din studiile recente ale autorilor Masters și Johnson, care au cercetat reac-

țiile sexuale a 39 de bărbați între 51 și 89 de ani, din care 19 între 51 și 60 de ani, 14 între 61 și 70 de ani, 4 între 71 și 80 de ani și 2 între 81 și 90 de ani. Deși numărul cazurilor studiate în laborator este mic, autorii ajung la următoarele concluzii :

În timp ce bărbatul tînăr în timpul fazei de excitație eficientă intră în erecție rapid în 3—5 secunde, pentru un bărbat de peste 50 de ani este necesar un timp dublu sau triplu pentru a intra în erecție. Cu cît bărbatul este mai în vîrstă erecția completă a penisului apare mai lent indiferent de tehnica stimulativă utilizată. O dată obținută această erecție a omului în vîrstă, ea se menține adesea prelungit pînă ajunge la ejaculație. Aceasta reflectă o reducere a intensității răspunsului sexual inerent procesului de îmbătrînire. În situația cînd bărbatul de peste 60 de ani a atins erecția completă și apoi o pierde, fără ejaculație, revenirea erecției devine o problemă dificilă, indiferent dacă continuă să fie supus aceluiași factor stimulator anterior. Erecția completă a penisului la omul în vîrstă, îndeosebi de peste 60 de ani, în mod frecvent nu se obține decît imediat înainte de ejaculație. În timp ce la bărbatul tînăr în timpul fazei în platou se produce o creștere congestivă a circumferinței coroanei glandului, la bărbatul în vîrstă, nu are loc, ci se produce numai o creștere a lungimii și a diametrului corpului penian, imediat preejaculator.

În privința ejaculației, la bărbatul în vîrstă, aceasta se produce într-o singură etapă. Contracțiile glandelor sexuale accesorii au loc în același timp cu contracțiile expulsive ale penisului, în loc să le preceadă cu 2—3 secunde. Din această cauză, bărbatul în vîrstă nu mai are senzația de inevitabilitate cînd ejaculația sosește cu 2—3 secunde înainte de emisiunea reală a lichidului seminal. Contracțiile expulzive peniene se produc la același interval de 0—8 secunde, dar cu cît bărbatul avansează în vîrstă cu atît numărul contracțiilor se reduce și diminuă forța contractilă și de propulsie a lichidului seminal. În timp ce un bărbat tînăr poate expulza primele jeturi de lichid seminal la o distanță de 30—60 cm, bărbatul de peste 60 de ani are o forță ejaculatorie redusă la jumătate. Între 60 și 70 de ani nu se mai produc vizibil con-

tracțiile prostatei în timpul ejaculației. La unii subiecți în vîrstă, ejaculația este alterată nu numai din punct de vedere al integrității fiziologice, dar și al progresiunii subiective. Sub efectul stimulării sexuale, în loc de contracții expulzive ritmice se poate produce numai o contracție sporadică a glandelor sexuale accesorii și, ca urmare, subiectul poate simți o senzație violentă de inevitabilitate a ejaculației, dar fără emisiunea lichidului seminal. Acest fenomen s-a observat de mai multe ori după utilizarea de băuturi alcoolice.

În general bărbatul de peste 60 de ani, nu are senzația de inevitabilitate a ejaculației și nici satisfacția psiho-sexuală a contracțiilor expulzive ale penisului. Cu cît bărbatul îmbătrînește cu atît intensitatea vasocongestiei localizate diminuă.

Reacția de ridicare a testiculelor este redusă, iar creșterea congestivă a testiculelor adesea nu se observă după 50 de ani.

Faza de rezoluție a actului sexual durează mai mult timp, îndeosebi după 60 de ani. Perioada refractară a fazei de rezoluție durează mai mult cînd bărbatul are peste 60 de ani, iar detumescența penisului imediat după ejaculație este foarte rapidă.

În general capacitatea și activitatea sexuală a bărbatului în vîrstă variază de la un subiect la altul și de la o dată la alta pentru același individ. Capacitatea și performanțele sexuale sînt direct influențate negativ de unele infirmități fizice acute sau cronice sau de unele condiții social-economice.

Factorul cel mai important de menținerea unui comportament sexual eficace al bărbatului în vîrstă, este acela că el să fi fost obișnuit să aibă raporturi sexuale de o frecvență regulată, atît în cursul vieții adulte, cît și pe măsură ce înaintează în vîrstă. Dacă frecvența activității sale sexuale este menținută la un anumit ritm și în cursul vîrstei care înaintează, bineînțeles în afara unor afecțiuni acute sau cronice, bărbații în vîrstă sînt capabili, de obicei, să-și continuie o viață sexuală pînă la 70 de ani și chiar 80 de ani. Chiar dacă activitatea sexuală a fost evitată, pe o perioadă lungă de timp, din diferite motive, este posibilă o revenire a ei, prin tratament și dacă are

loc o stimulare sexuală adecvată, din partea unei partenere.

Modificările histopatologice ale testiculului la climacteriu constau în modificări ale pereților tubilor seminali (îngroșare, fibroză sau hialinizare) și o evoluție parțială a celulelor Leydig. Numărul celulelor Leydig raportat la tubi scade, apar vacuolizări protoplasmatice, cresc pigmenții protoplasmatici, scade conținutul în lipide și diminuă cristalele Reincke.

Spermatogeneza în tubii seminali se menține timp îndelungat, scade treptat, dar nu încetează complet, deci capacitatea fecundantă nu dispare chiar la o vîrstă înaintată (80—90 de ani). După 55 de ani însă scade volumul ejaculatului sub 2 ml și diminuă numărul spermatozoizilor (oligospermie).

Dintre cele două funcții testiculare, spermatogeneza este mai puțin afectată decît androgeneza pe parcursul înaintării în vîrstă. Eliminarea de 17-cetosteroizi scade progresiv cu vîrsta ; astfel Tonuti constată că între 40 și 59 de ani valoarea medie este de 9,9 mg/24 de ore (6,9—14,3), iar între 60 și 75 de ani este de 4,5 mg/24 de ore (3—12,5 mg). Gonadotrofinele urinare totale cresc abia după 60 de ani și prezintă valori mai scăzute decît la menopauză.

Tulburările generale care însoțesc climacteriul viril constau în tulburări neurovegetative și psihice.

Tulburările neurovegetative sînt variate și uneori intense, constînd în nervozitate, irascibilitate, insomnii sau somnolență, valuri de căldură, transpirații, parestezii, cefalee, palpitații, extremități reci sau dureri anginoase.

Tulburările psihice constau într-o astenie psihică, cu scăderea memoriei, a puterii de concentrare și a simțului de răspundere ; sînt menționate de asemenea : stări de melancolie, labilitate afectivă, uneori tendințe depresive accentuate. Bărbații la climacterium devin susceptibili, capricioși și anxioși.

Modificările somatice se traduc mai frecvent printr-o depunere a țesutului adipos pe jumătatea inferioară a corpului, mai ales pe abdomen, șolduri și coapse, datorită scăderii secreției de testosteron. Examenul genital arată o creștere de volum a prostatei, care se datorește unui

dezechilibru hormonal între estrogeni și androgeni. Penisul și testiculele sînt hipotone, fără să prezinte modificări semnificative de volum. Numai rareori a fost semnalată apariția involuției genitale. Scrotul este flasc, mai puțin faldurat și hipopigmentat. Aceste modificări morfologice discrete ale organelor genitale concordă și cu conservarea relativă și îndeosebi a spermatogenezei pînă la o vîrstă înaintată.

Tratamentul andropauzei constă în administrarea unei medicații echilibrate a sistemului nervos și vegetativ : sedative, tranchilizante, deconectante, anxiolitice, antidepresive, la care se va asocia Testosteron (25 mg pe fiolă, o injecție la 2—3 zile) sau preparate hormonale retard : Testolent (1 fiolă în injecție i.m. la 14 zile) sau Sterandryl (100 mg) sau Androtardyl (200 mg) o fiolă pe lună, în injecție i. m.

Acest tratament dă uneori rezultate spectaculoase, alteori este ineficace din cauza senescenței însăși a sistemului nervos ; centrii nervoși sexuali de comandă senescenți își pierd sensibilitatea la solicitările hormonale.

TULBURĂRILE SEXUALE LA BĂRBAT

FIȘA DE CONSULTAȚIE ANDROLOGICĂ

Examenul unui bolnav cu tulburări ale dinamicii sexuale are unele particularități și necesită o tehnică de examinare specifică sexologiei (5, 13).

În primul rînd, trebuie să ținem seama de susceptibilitatea acestor pacienți, de jena și timiditatea pe care o încearcă venind la medic. Este vorba de probleme intime, în legătură cu care, dacă dorim să le aflăm în cadrul anamnezei, trebuie să știm să inspirăm încredere unui astfel de pacient. De aceea, anamneza trebuie să decurgă fără grabă, progresiv, cu răbdare și cu interes vizibil.

Deoarece marea majoritate a impotențelor sexuale sînt de natură psihogenă (11), medicul examinator trebuie să posede și cunoștințe minime de psihologie. Mai ales în aceste cazuri de impotență psihogenă, medicul nu trebuie să dramatizeze situația bolnavului, ci să o considere ca o inhibiție funcțională, pasageră, asemănătoare cu alte stări posibile, de exemplu instalarea unei anorexii sau diminuarea apetitului alimentar.

Este bine să se evite în discuțiile cu pacientul, cuvîntul de „impotență", preferînd pe cel de „dificultate" sau „inhibiție".

Deci, anamneza trebuie condusă cu un anumit tact și căldură din partea medicului, care să-i dea impresia pacientului că el se adresează unui amic. O astfel de anamneză, privită cu discernămînt, este foarte utilă pentru diagnostic și poate avea și un efect psihoterapeutic ; în

schimb, una de tip „interogatoriu" poate accentua inhibiția sau complexul de inferioritate al pacientului.

Examenul anamnestic trebuie să cuprindă următoarele elemente :

Vîrsta. Tulburările de erecție apar cel mai frecvent în plină activitate sexuală și au o incidență mai mică la începutul și spre finele acestei perioade. G. Mutinelli — Szymanski (8), pe o statistică de 1000 de cazuri de impotență analizate, constată incidența cea mai mare, de 38%, între 30 și 40 de ani ; 21% între 20 și 30 de ani ; 20,5% între 40 și 50 de ani ; 16% între 50 și 60 de ani și 4,5% peste 60 de ani. Alți autori (16), pe o serie mai mică, de 140 de cazuri de impotență între 21 și 49 de ani, găsesc o frecvență maximă între 25 și 39 de ani.

Un pacient la vîrsta adolescenței, cu o sexualitate somatică bună, ne impune să ne gîndim la o impotență de debut, la un tînăr neinițiat, fără nici o experiență sau fără noțiuni de educație sexuală. De cele mai multe ori este vorba de un tînăr cu un impuls sexual puternic, care deseori se masturbează și îi este teamă să înceapă o viață sexuală normală. Alteori, adolescentul, fiind slab sexualizat, are un libido diminuat și manifestă încă relații infantile cu sexul opus. Adolescenții vin să consulte medicul fie pentru că nu au avut încă raporturi sexuale, fie că au avut, dar au suferit un eșec de la început. Cel mai adesea, această inhibiție cedează după o oarecare experiență sexuală sau, luînd exemplul camarazilor de aceeași vîrstă sau după încurajările din partea părinților sau a medicului.

La vîrsta tînără se întîlnește mai frecvent ejacularea precoce, care poate să țină de intensitatea excitației, de lipsa de experiență sau de o viață sexuală neregulată, cu perioade lungi de abstinență.

La bărbații mai în vîrstă și în cazul preclimacteriului viril, se întîlnește mai frecvent ejacularea tardivă (dar uneori și precoce), care traduce o scădere a potenței sexuale corespunzătoare vîrstei biologice (4).

Unii pacienți, în jurul vîrstei de 50 de ani, ne consultă deseori, fiind nemulțumiți de scăderea potenței lor sexuale, dar în mod subiectiv, deoarece o compară cu potența

vîrstei mai tinere sau cu a altora de aceeași vîrstă. Or, în materie de sexualitate există mari variații individuale, constituționale, familiale, rasiale.

Profesia. Se consideră că toate profesiile care solicită o responsabilitate mare favorizează, dacă nu apariția, cel puțin persistența tulburărilor sexuale și îndeosebi a celor de natură psihogenă sau nevrotică. Ocupațiile intelectuale reprezintă un factor favorizant comparativ cu cele manuale, fizice.

Starea civilă. După unii autori, căsătoria, viața sexuală intraconjugală, ar crea o obișnuință cu partenera și o diminuare astfel a excitațiilor sexuale. În realitate, obișnuința cu partenera nu este factorul determinant în apariția unor tulburări sexuale la cei căsătoriți, ci intervin și alți factori diverși.

Aproape cu aceeași frecvență se întîlnește impotența sexuală la celibatari și la cei căsătoriți de 10—20 de ani (8). Sînt cunoscute cazurile de eșec sexual cu o nouă parteneră, fie prin lipsa erecției, fie prin ejaculare precoce, la bărbați care nu au avut niciodată dificultăți sexuale.

Ne interesează și dacă pacientul împreună cu partenera sa formează un cuplu fertil sau nu ; păstrarea capacității fecundante face dovada normalității funcțiilor testiculare, care, deși nu se corelează direct cu comportamentul sexual, totuși ne dă o orientare generală asupra funcțiilor gonadice.

Sterilitatea bărbatului *(impotentia generandi)* constituie un procent de 35 din cuplurile sterile.

Antecedentele eredocolaterale. Ne interesează unele boli ereditare, genetice — ca disgeneziile gonadice —, ca și incidența crescută de sterilitate sau de insuficiențe sexuale familiale.

Antecedentele personale. Ne vom interesa de consumul de băuturi alcoolice (etilismul cronic duce la impotență) ; de asemenea, cocainomania, morfinomania etc. (în doză mică și la început acestea dau excitație, apoi inhibiție durabilă). Tabagismul cronic și intens se pare că este inhibant al potenței sexuale.

Vîrsta apariției pubertății. Aceasta variază în limite largi — între 10 și 17 ani (11—13 ani la fete ; între 13 și 16 ani la băieți).

Apariția pubertății propriu-zise la băiat este marcată de apariția primului ejaculat (care conține spermatozoizi) sub formă de poluții. Apariția pubertății înainte de 11 ani este considerată precipitată, iar înainte de 9 ani precoce. Dacă primele semne pubertare apar la 16 ani la fată sau la 17 ani la băiat, se consideră o pubertate întîrziată, iar lipsa de maturizare sexuală după 17 ani este etichetată ca infantilism sexual.

Vîrsta începerii vieții sexuale. Depinde de intensitatea impulsului sexual, de considerentele estetice și etice, de condițiile social-economice. În societatea capitalistă, în cadrul moralei sexuale burgheze, unde există libertinaj sexual, exploatarea femeii, prostituție, pornografie, instinctul sexual este trezit precoce și viața sexuală începe de timpuriu la tineri, încă nematurizați fizic și psihic. Aceasta poate duce la surmenaj sau la contractarea unor boli venerice din relații sexuale la întîmplare.

În societatea socialistă, în cadrul moralei sexuale socialiste, unde există o grijă deosebită pentru educarea tinerei generații, de obicei începerea relațiilor sexuale corespunde cu maturizarea fizică și psihică și este de dorit să fie intraconjugală.

Începerea tardivă a vieții sexuale se întîlnește mai ales la subiecții timizi sau la cei cu un grad de infantilism sexual. Asemenea subiecți adulți, care nu au început viața sexuală, au în general un complex de inferioritate și, atunci cînd o încep, pot suferi eșecuri prin inhibiție, din cauza hiperemotivității.

Antecedentele personale patologice. Ne interesează în special bolile infecțioase sau virotice : orhita urliană, gonoreea, luesul, tuberculoza genitală, hepatita epidemică, meningoencefalitele, encefalitele sau alte infecții cronice. De asemenea, ne vom interesa de existența în antecedente a unor traumatisme sau intervenții chirurgicale în zona genitală (pentru hernie, varicocel, hidrocel).

Traumatismele craniene, de coloană lombară sau sacrată pot avea consecințe asupra erecției sau ejaculației.

În continuare, vom culege date semiologice asupra potenței sexuale, în trecut și în prezent.

Libidoul. La bărbat, atracţia către o anumită persoană a sexului opus şi dorinţa de copulaţie este determinată de gradul de erotizare a centrilor sexuali din sistemul nervos central, de echilibrul sistemului endocrin şi vegetativ, de starea de sănătate fizică şi psihică a individului, de atractivitatea şi receptivitatea femeii, de excitanţii condiţionali reflecşi, reali sau imaginari (memoraţi), cu efect pozitiv sau negativ asupra comportamentului sexual.

Libidoul poate fi scăzut, absent sau exagerat. Scăderea libidoului se însoţeşte de reducerea preocupărilor şi a viselor erotice.

Erecţia urmează după faza de excitaţie şi, deoarece bărbatul în general este mai uşor excitabil sexual decît femeia, apare relativ repede.

Erecţia este efectul unui reflex vasomotor (îndeosebi vasodilatator) care determină umplerea sanguină a corpului spongios şi a corpilor cavernoşi, ceea ce dă penisului o stare caracteristică de rigiditate nedureroasă, elastică şi însoţită de o senzaţie plăcută. Centrul reflex al erecţiei este situat în măduva sacrată. Secţionarea măduvei cervicale sau dorsale nu numai că nu deprimă erecţia, dar o accentuează. Centrii superiori nervoşi ai erecţiei sînt situaţi în protuberanţă, mezencefal şi bulb, iar pentru mişcările copulatorii, în corpii striaţi. Iritarea electrică a zonei cvadrigemene, care corespunde centrului vagal, produce erecţie şi ejaculare. Arcul reflex al erecţiei include nervii dorsal şi ruşinos, ganglionul sacrospinal, central medular, nervii simpatic şi parasimpatic.

O primă grupă de reflexe erectogene sînt cele metamerice, pe cale scurtă (care includ arcul reflex amintit mai sus), şi care se produc prin excitaţia locală a glandului penisului, prin plenitudinea veziculelor seminale sau vezicii urinare (care, împreună cu căldura patului, determină erecţia matinală).

Unele cercetări susţin că reflexele erectogene pe cale scurtă, metamerică, se pot produce şi automat, în absenţa unui centru medular. Astfel s-a observat persistenţa uneori a erecţiei după distrugerea acestor centri.

Nu există un raport direct proporţional între dimensiunile şi volumul penisului în stare flască şi cel în stare

de erecţie. Aceste modificări depind mai mult de capacitatea funcţională a ţesutului erectil.

O altă grupă mare de reflexe erectogene — şi cea mai importantă — o constituie cele care vin de la distanţă şi care se produc prin excitaţii psihosenzoriale. Punctul de plecare a acestor reflexe erectile sînt amintirile, impresiile plăcute, imaginile evocate, care, pe cale reflex-condiţionată şi împreună cu stimulii senzitivi (vizuali, auditivi), ajung şi excită centrii erectili superiori ; apoi aceste senzaţii sînt transmise la centrii erectili medulari şi de aici la organul copulator.

Erecţiile mai pot fi provocate prin excitarea centrilor nervoşi erectili, de către unele substanţe toxice (picrotoxina, cantarida, stricnina, iohimbina) sau prin acţiunea unor autotoxine (uremie, leucemie, turbare), a unor traumatisme medulare sau prin excitaţie cerebrală lezională (meningita tuberculoasă).

Instalarea şi intensitatea erecţiei sînt în funcţie de tonusul constituţional al individului, de starea de excitabilitate neuromusculară, de starea funcţională a sistemului nervos central, a centrilor erectili şi a căilor arcului reflex, de secreţia de hormoni testiculari, de vîrstă şi de parteneră. În timpul excitaţiei erotice, erecţia se poate menţine pînă la o oră în adolescenţă, apoi acest timp scade cu vîrsta încît devine de 5—10 minute în jur de 65 de ani (12).

Lipsa totală a erecţiei (inclusiv cea matinală) se numeşte anerecţie totală. Lipsa erecţiei numai faţă de o anumită parteneră poartă denumirea de anerecţie selectivă. Dacă erecţia lipseşte numai cu ocazia apropierii fizice de o femeie (cînd se intenţionează copulaţia) atunci ia numele de anerecţie intenţională ; în fine, erecţia care cedează după intromisiune sau pe parcurs (pînă la ejaculare şi orgasm) este o erecţie abandonatoare.

Priapismul este o stare de erecţie dureroasă, prelungită (ore, luni sau ani) şi adesea ireversibilă, neindusă şi nici însoţită de excitaţii sexuale şi care nu ajunge la ejaculare.

Deosebirea dintre o erecţie normală şi una anormală, privind modul de instalare, intensitatea şi durata ei, este greu de făcut, din cauza variaţiilor fiziologice, care sînt

în limite largi. Avem însă posibilitatea să le apreciem prin comparație cu starea anterioară ; pacientul ne spune că erecțiile au devenit mai rare sau incomplete (semierecție).

Necesitatea de intromisiune apare consecutiv acumulării excitațiilor sexuale și erecției și este favorizată de secreția uretrală, la bărbat, și a glandelor vestibulare, la femeie.

Ejacularea. După intromisiune, tensiunea nervoasă erotică crește, de asemenea și frecvența mișcărilor copulatorii intravaginale, iar senzația sexuală plăcută devine culminantă, pune stăpînire pe individ și se produc ejacularea și orgasmul aproape simultan.

Ejacularea este un act reflex, care își are centrul situat în măduva lombară, iar căile eferente, prin plexul hipogastric.

Ejacularea este expulzarea sacadată, ritmică, în jeturi, a spermei (secreția testiculară, prostatică și a veziculelor seminale). Primul jet este mai abundent, iar celelalte sînt în cantitate mai mică. La un bărbat normal, după un repaus sexual de 3 zile, volumul spermei într-o ejaculație completă este 2,5—5 ml. Un volum mai mare se întîlnește în cazurile de abstinență sau în procesele inflamatorii ale glandelor anexe (prostata, veziculele seminale). Diminuarea volumului de lichid seminal ejaculat se constată în caz de epuizare a conținutului glandelor anexe, consecutivă unui exces sexual sau unor afecțiuni genitale.

Ejacularea poate fi întîrziată voluntar, dar ea nu poate fi sistată. Prima ejaculație apare la pubertate, sub formă de poluție.

Intensitatea ejaculării depinde de tonusul musculaturii veziculodeferențiale și de cantitatea de lichid seminal acumulată.

Timpul care trece pînă la producerea ejaculării depinde de individ, de parteneră și de ritmul vieții sexuale. Este știut că după o perioadă de abstinență, ejacularea este mai rapidă. La primul contact sexual, din cauza tensiunii psihice crescute, ejacularea este mai rapidă, iar la repetarea actului sexual (în aceeași întîlnire), ejacularea se produce mai lent. Ingerarea unor cantități mici de alcool,

de asemenea, întîrzie ejacularea. În general, la un bărbat normal, ejacularea se produce în 2—20 de minute de la începerea actului sexual. În afara acestor limite, dacă apare înainte de 2 minute, constituie ejaculare precoce, care uneori poate fi chiar *ante portas* (înainte de intromisiune). Apariția ejaculării după 20 de minute de copulație este socotită tardivă. Întîrzierea voluntară a ejaculării este posibilă prin întreruperea mișcărilor copulatorii sau distragerea atenției, retragere sau cu ajutorul unor medicamente (guanetidină, tioridazină) (2).

Ejacularea extravaginală, prin retragerea organului copulator cînd se apropie punctul culminant, este denumită *coitus interrumptus.*

După Bergler (citat de 3), ejacularea apare la 2—10 minute după intromisiune, adică după 60—100 de mișcări copulatorii.

Lipsa permanentă a ejaculării se numește anejaculare totală, iar lipsa ejaculării numai cu o anumită parteneră este numită anejaculare electivă. Devierea fluxului spermatic spre vezică constituie ejacularea retrogradă, reprezentînd din punct de vedere clinic ceea ce numim anejaculare.

Orgasmul. Ejacularea la bărbat este însoțită, aproape concomitent, de o senzație paroxistică plăcută și de o eliberare bruscă din tensiunea neuropsihică. Aceste fenomene constituie orgasmul. Kinsey a descris la bărbat mai multe tipuri de orgasm : însoțit de hipertonie musculară și de hipersimpaticotonie ; mai rar apar convulsii moderate, uneori apnee scurtă sau mișcări spasmodice ale pleoapelor, alteori apare un rîs isteric.

Debutul orgasmului este momentul cînd încetează mișcările copulatorii, iar sfîrșitul lui corespunde momentului relaxării organismului. Orgasmul durează de la 2 secunde pînă la 2—3 minute. Această stare reprezintă o acțiune protectoare pentru sistemul nervos central, deoarece îl eliberează din tensiunea neuropsihică, ceea ce ulterior permite revenirea treptat la normal și refacerea energiei neuropsihice consumate. Ejacularea este posi-

bilă şi fără apariţia orgasmului şi de asemenea şi invers, însă ejacularea fără orgasm este mai frecventă decît orgasmul fără ejaculare.

Nu există o interdependenţă strictă între intensitatea erecţiei, a ejaculării şi a orgasmului. Lipsa apariţiei orgasmului se numeşte *anorgasmie,* iar cînd orgasmul se produce parţial, deşi ejacularea a avut loc, constituie ceea ce denumim *anorgasmie parţială.*

Postludiul. După orgasm, la un bărbat echilibrat, se instalează treptat destinderea psihică şi fizică, o stare de bună dispoziţie şi satisfacţie, cu oboseală şi tendinţă la somn. La unii bărbaţi, îndeosebi la cei surmenaţi sau nevrozaţi, în postludiu apare o stare de tristeţe, de repulsie, de indiferenţă faţă de parteneră.

Postludiul este socotit faza cea mai delicată şi mai fină a coabitării, deseori neglijată de cei mai mulţi soţi.

În relaţiile sexuale, un rol important îl joacă şi partenera.

Partenera are un rol deosebit de important asupra conportamentului sexual al bărbatului, fiind unul dintre cei mai importanţi excitanţi specifici declanşatori ai motivaţiei sexuale. Starea de excitaţie a femeii constituie un excitant intens pentru partener. Frigiditatea partenerei, lipsa ei de atracţie faţă de copulaţie şi starea ei de indiferenţă în timpul actului sexual sînt elemente inhibante pentru partener.

Pe de altă parte, o parteneră cu o potenţă sexuală care întrece cantitativ pe cea a bărbatului, mai devreme sau mai tîrziu, ajunge să-i reproşeze acestuia, ceea ce constituie un factor inhibant, care poate duce la teama de eşec şi ulterior, la impotenţă.

Totuşi, o parte dintre femei rămîn indiferente şi au o senzualitate normală faţă de un eşec al partenerului. În asemenea situaţii delicate, femeia trebuie să dea dovadă de mult tact.

De cele mai multe ori femeia rămîne nemulţumită, nesatisfăcută, în cazul ejaculării precoce a partenerului. După Kinsey numai o treime dintre femei obţin orgasmul în primele trei minute de copulaţie, iar două treimi îl obţine numai dacă actul sexual durează peste 10—15 minute.

Ritmul vieţii sexuale (potenţa sexuală) depinde de ceea ce s-a numit „constituţia sexuală" a fiecărui individ. După unele statistici, acest ritm este de trei raporturi sexuale pe săptămînă la bărbatul între 30 şi 40 de ani. Există însă variaţii individuale : după Kinsey, frecvenţa raporturilor sexuale variază între 1 pînă la 6,5 (media statistică) raporturi sexuale pe săptămînă în 77% din cazuri, cu un maximum între 15 şi 35 de ani. După Dietz şi Hesse (citaţi de 12), bărbaţii recent căsătoriţi şi sexualizaţi precoce au cîte un raport sexual pe zi, iar cei cu o sexualitate mai tardivă au cîte 3—4 raporturi sexuale pe săptămînă. O dată cu înaintarea în vîrstă, ritmul săptămînal al acestora diminuă pînă la 60 de ani, vîrsta după care potenţa scade net.

Ritmul activităţii sexuale este influenţat, în afară de constituţia biologică şi de vîrstă, de stările fiziologice ale femeii, de alţi factori — culturali, sociali, estetici, etici — şi de atractivitatea partenerei.

Posibilitatea repetării actului sexual în cursul aceleiaşi întîlniri *(coitus iteratus)* se situează la intervale care variază de la cîteva minute pînă la cîteva ore ; în special această repetare este în avantajul obţinerii orgasmului feminin şi al satisfacţiei şi saţietăţii ei sexuale.

Intervalul de timp scurs pînă la posibilitatea repetării actului sexual se numeşte faza refractară. Durata acesteia şi posibilitatea repetării actului sexual (în aceeaşi întîlnire) depinde de potenţa individului, dar în mare parte şi de atracţia psihică şi fizică exercitată de parteneră.

Data apariţiei tulburărilor sexuale se referă la precizarea în timp a modificărilor fazelor actului sexual şi a ritmului vieţii sexuale. De asemenea, ne interesează în ce condiţii au apărut tulburările sexuale şi dacă s-au instalat în mod brusc sau progresiv.

În a doua etapă, după examenul anamnestic, vom trece la examenul clinic obiectiv.

Acesta se referă la *examenul clinic general ;* îndeosebi ne interesează starea ficatului (o eventuală insuficienţă hepatică), a pancreasului endocrin (impotenţa diabetică), a sistemului sanguin (leucemia) şi stările de convalescenţă, obezitatea.

Examenul endocrinologic clinic culege date asupra hipofizei (insuficiența hipofizară determină apariția insuficienței testiculare secundare), tiroidei (hipotiroidia determină scăderea libidoului și a potenței sexuale ; hipertiroidia ușoară crește libidoul, dar determină ejaculări precoce ; tireotoxicoza dă impotență sexuală). Evidențierea unei hipoparatiroidii explică ejaculările precoce.

Hipercorticismul, sindromul Cushing determină diminuarea potenței sexuale în 74% din cazuri, impotență sexuală în 18% din cazuri (7) și o hipofuncție androgenică testiculară (15) ; de asemenea, insuficiența corticosuprarenală cronică este însoțită de diminuarea libidoului și a potenței sexuale.

Examenul andrologic clinic (5, 12, 13) culege date asupra troficității testiculelor (sensibilitatea, consistența, diametrul longitudinal), a epididimului, a deferentului, a veziculelor seminale și a prostatei.

Explorările de laborator minime sînt următoarele : glicemia sumarul de urină, colesterolemia, ionograma, ureea, acidul uric, iar ca analize hormonale : dozarea 17-cetosteroizilor urinari, cromatograma 17-cetosteroizilor, testosteronul plasmatic, prolanuria, spermograma, radiografia de șa turcească și, uneori, a căilor seminale. Deosebit de importantă, în unele cazuri este biopsia testiculară. Morfograma permite evaluarea indicilor somatici de sexualitate.

Examenul neurologic este necesar atunci cînd bănuim originea neurogenă a impotenței sexuale.

Examenul psihologic sau psihiatric este absolut necesar în impotențele de origine psihogenă sau determinate de unele psihoze.

În concluzie, examenul unui bărbat cu tulburări ale dinamicii sexuale, este un examen complex și se compune din : examenul anamnestic specific sexologiei, examenul clinic general, examenul endocrinologic, examenul andrologic, examenul neurologic și examenul psihologic. Deci este necesară colaborarea mai multor specialiști pentru a putea elabora un diagnostic etiopatogenic corect al impotenței sexuale, care ne va permite instituirea unui tratament etiopatogenic eficace.

Fișa de consultație andrologică

Fișa nr. . .

Numele și pronumele . . . . . .
Adresa . . . . . .
Vîrsta . . . . profesia . . . . . starea civilă . . . .
(căsătorit) (necăsătorit) (divorțat) . . . . . copii . . . . .
fumător (cîte țigări pe zi) . . . . uzează de băuturi alcoolice . . . . de alte toxice . . . . . .
Antecedente eredocolaterale . . . . . .
Antecedente personale fiziologice : vîrsta apariției pubertății (primele poluții) . . . . . vîrsta începerii vieții sexuale . . . .
Antecedente personale patologice : orhită urliană . . . . . .
gonoree . . . . . lues . . . . . tuberculoză . . . . .
hepatită epidemică . . . . . alte infecții cronice . . . .
traumatisme sau operații în zona genitală . . . . . .
Libidoul (dorința sexuală) normal . . . . . exagerat . . . .
absent . . . . . .
Erecția bună . . . . . erecții matinale . . . semierecție . . . . . anerecție totală . . . . . anerecție selectivă . . . . . anerecție intenționalăă . . . . . erecție abandonatoare . . . . . erecție continuă . . . . . (de cît timp) . . . . . .
Ejacularea : după cîte minute apare . . . . *ante portas* . . . .
anejaculație totală . . . . . (de cît timp) . . . . . .
anejaculație selectivă . . . . . .
Orgasmul (satisfacția) . . . . . .
Partenera : îl atrage . . . . . este normală . . . . este frigidă . . . . . .

Ritmul vieții sexuale (înainte de apariția tulburărilor sexuale)
Numărul de acte sexuale pe săptămînă . . . . poate repeta actul sexual . . . . . după cît timp . . . . . de cîte ori . . . .
Data apariției tulburărilor sexuale . . . . . .
Modul lor de instalare — brusc . . . . . progresiv . . . . .
în ce condiții . . . . . .
Examenul endocrinologic clinic . . . . . .
Examenul andrologic clinic : testicule (consistența) . . . . .
sensibilitatea . . . . . diametrul longitudinal . . . . .
epididimul . . . . . canale deferente . . . . dezvoltarea penisului . . . . . scrotul (pigmentație, faldurare). . . . . prostata și veziculele seminale . . . . . .

Analize de laborator : glicemie . . . . . calcemie . . . . .
fosforemie . . . . . colesterolemie . . . . . PBI . . . .
MB . . . . . Iodocaptare . . . . . .
Radiografie șa turcească . . . . . .
17-CS . . . . . cromatografia 17-CS . . . . . .
testosteron plasmatic . . . . . .
Spermograma . . . . . .
Biopsia testiculară . . . . . .

Morfograma : greutate . . . . . talia . . . . diametrul biacrominal . . . . . diametrul bitrohanterian . . . . . circumferința toracică . . . . . circumferința bazin . . . . înălțimea simfizei pubiene . . . . . *Examen neurologic* . . . . . EEG . . . . . *Examen psihologic :* hiperemotiv . . . . . agitat . . . . anxios . . . . . depresiv . . . . . DIAGNOSTIC . . . . . .

BIBLIOGRAFIE

(Fișa de consultație andrologică)

1. Bricaire H. — *Presse méd., 71 ;* 33 : 1 655, 1953.
2. Doepfmer R. — *Münch. med. Wschr., 24* : 1 103, 1964.
3. Davis K. B. — Factor in Sexual Life of 2 200 Women, New York, 1921.
4. Freeman T. J. — *Ars. Med. (Liestal), 16 ;* 7 : 495, 1961.
5. Hynie J. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 13 ;* 2 : 173, 1962.
6. Mellan J. — *Čs. Psychiat., 65 ;* 5 : 326, 1964.
7. Milcu St. M., Stoica T. — *Rev. Roum. Endocrinol., 3 ;* 1 : 1, 1966.
8. Mutinelli — Szymanski — *Gaz. méd. Fr., 70 ;* 1 : 93, 1963.
9. Oliven F. J. — Sexual Hygiene and Pathology, J. B. Lippincott, Philadelphia-Montreal, 1955, p. 327.
10. Rene H. — *Ent. Bichat.*, 395, 1967.
11. Roch P. — *Méd. et Hyg. (Genève),* 802 : 1 274, 1967.
12. Săhleanu V., Măicănescu-Georgescu M. — Introducere în sexologia masculină, Ed. medicală, București, 1966, p. 209.
13. Stoica T. — *Viața med., 16 ;* 18 : 1 259, 1969.
14. Stoica T., Păunescu C., Deculescu A., Trutzer T. — Carte pentru tineri, Ed. medicală, București, 1963, p. 135.
15. Stoica T., Tache A., Teodorescu S., Coculescu M. — *Fiziol. norm. și path. 15 ;* 1 : 20, 1970.
16. Teodoru M., Teodorescu Em., Maximilian C., Iliescu Ileana — *Stud. Cercet. Endocrinol., 15 ;* 4 : 341, 1964.

IMPOTENȚA SEXUALĂ

Dintre autorii mai vechi care consacră monografii speciale acestei probleme, menționăm pe Stekel, Higier, Forel. Încă din 1891 Bechterer și Mislovski au atras atenția asupra legăturii dintre activitatea scoarței cerebrale și comportamentul sexual. Pussep arată că, prin iritația electrică a cortextului la cîine, se poate produce erecția.

Încă din 1928, autorii ruși pun în discuție termenul de nevroză sexuală.

În zilele noastre, importanța acestei probleme este atestată și de pleiada de monografii despre impotența sexuală, ale unor autori de seamă ca Kinsey și colab. (13), 1948 ; P. Walker și B. E. Strass (37), 1948 ; M. Palazzoli (22), 1951 ; P. Matussek, 1955 ; L. Miliman (18), 1960 ; H. Bricaire și J. Dreyfus-Moreau (1), 1964 ; Girard P. (9), M. Landry (14), 1966 ; Săhleanu și colab. (30), 1966.

Alți autori insistă asupra frecvenței crescute și a polimorfismului extrem al impotenței sexuale funcționale psihogene (P. Roche, René Held), în raport cu impotența de origine organică.

Dacă mai adăugăm și constatarea că tulburările de dinamică sexuală, îndeosebi ale erecției, apar cel mai frecvent în timpul perioadei de plină activitate sexuală — între 30—40 de ani —, așa cum arată unii autori, se pot deduce consecințele biologice și chiar sociale privind armonia unui cuplu.

În lucrarea de față ne propunem ca, pe baza datelor din literatură și a cazuisticii personale, să abordăm această problemă insistînd îndeosebi asupra aspectelor clinice, fiziopatologice și terapeutice.

Persistența la un bărbat a tulburărilor de dinamică a actului sexual (libidou, erecție, intromisiune, ejaculare, orgasm) în totalitate, parțial (numai a unor faze) sau electiv față de o anumită parteneră, poartă denumirea de impotență sexuală.

Cel mai frecvent, impotența sexuală se datorește tulburării de erecție, care poate fi absentă, diminuată, scurtă sau rară și care se asociază frecvent cu tulburarea ejaculației (precoce, tardivă sau absentă) (32). Tulburările de erecție, de ejaculare, ca și ale altor faze ale actului sexual se pot manifesta și solitar. L. Miliman (18), pe o statistică de 6 500 de bărbați cu tulburări sexuale, a constatat că elementul cel mai constant și mai caracteristic a fost tulburarea erecției : slabă, rară, dificilă și de scurtă durată. În al doilea rînd, ca frecvență, s-a situat ejacularea rapidă ; rareori ejacularea a lipsit și mai rar a fost absent libidoul. Cu o frecvență apreciabilă, în 64% din cazuri, s-au asociat ambele tulburări — de erecție și de ejaculare.

Din observațiile noastre, am constatat, de asemenea, o asociere frecventă a acestor două tulburări majore.

Clasificarea tulburărilor de dinamică sexuală este dificilă. Unii autori le descriu izolat, alții împreună, clasificîndu-le după originea lor funcțională sau organică. Nici o clasificare nu este perfectă ; de aceea vom adopta două clasificări — una semiologică și alta etiopatogenică —, care se completează una pe alta.

CLASIFICAREA SEMIOLOGICĂ

Clasificarea semiologică, după prezența simptomului, a tulburării de dinamică sexuală, ne ajută la stabilirea diverselor forme clinice de impotență sexuală parțială.

Aceste forme sînt următoarele :

— prin absența libidoului ;
— prin tulburări de erecție ;
— prin tulburări de intromisiune ;
— prin tulburări de ejaculare ;
— prin tulburări de orgasm.

IMPOTENȚA SEXUALĂ PRIN ABSENȚA LIBIDOULUI

Se mai numește și *impotentia concupiscentiae.* În acest caz, preocupările și visele erotice sînt absente sau mult diminuate. Acești bolnavi pot prezenta polurii și erecții matinale, care se explică prin reflexe cu punct de plecare local. Acest gen de impotenți vin să consulte medicul mai mult sub impulsul partenerei, care se simte frustrată ; alteori ei îl consultă și pentru alte simptome asociate.

Trebuie să distingem absența primitivă a libidoului, cînd bărbatul nu a avut niciodată apetit sexual, de cea secundară, care a survenit după o perioadă de activitate sexuală normală. Alteori, libidoul lipsește selectiv, față de o anumită parteneră, din considerente sentimentale, estetice, etice, sociale etc. Aceste cazuri trebuie deosebite de cele care reprezintă selecție contra naturii, excluzînd total sau parțial o parteneră feminină (tendințele homosexuale), sau de cele care se masturbează.

Cele mai frecvente cauze de absență sau de diminuare a libidoului sînt insuficiențele endocrine (testiculară, hipofizară, tiroidiană), tulburările generale (boli infecțioase, virotice, surmenaj, subnutriție accentuată) și mai ales stările de inhibiție psihogenă (timiditate, temeri diverse).

IMPOTENȚA SEXUALĂ PRIN TULBURAREA ERECȚIEI

Această impotență este mai evidentă, deoarece, deși există libidou, lipsa erecției *(anerecția)* face imposibilă realizarea actului sexual *(impotentia errectionis).* Anerecția poate fi totală (cînd lipsește și cea matinală), electivă, intenționlală sau abandonatoare (cedarea erecției după intromisiune sau pe parcurs, pînă la ejaculare și orgasm).

După gradul tulburărilor, există anerecție și semierecție *(erecția incompletă).* Pentru medic, este însă dificil să stabilească exact gradul acestei semierecții, care poate fi numai o impresie a pacientului.

Mai trebuie precizat că anerecția se referă la lipsa erecției la un coit normal. Este posibil ca să existe anerecție, dar subiectul să aibă erecție cu ocazia masturbării, în cursul somnului, în vis sau dimineața la trezire. Absența sau diminuarea erecției mai pot fi și relative, în raport cu lipsa unor reflexe erectogene normale și îndeosebi psihosenzoriale, avînd ca punct de plecare partenera. Cauzele tulburărilor de erecție le vom discuta cu ocazia clasificării etiopatogenice a impotenței sexuale.

IMPOTENȚA SEXUALĂ PRIN IMPOSIBILITATEA DE INTROMISIUNE

Această impotență se datorește unei cedări a erecției, înainte sau în timpul intromisiunii, prin factori inhibitori psihici sau datorită unor obstacole create de modificări anatomopatologice ale organelor genitale.

IMPOTENȚA SEXUALĂ PRIN TULBURĂRI DE EJACULARE

Absența permanentă *(anejaculare totală)* sau lipsa intermitentă a ejaculării, lipsei ejaculării numai cu o anumită parteneră *(anejaculare electivă)* se însoțesc aproape de regulă și de anerecția respectivă ; foarte rar anejacularea se manifestă izolat. Destul de frecvent însă, pacienții

acuză alte două tulburări de ejaculare ; precocitatea (înainte de 2 minute de la începerea copulației), uneori *ante portas,* și tardivitatea (după 20 de minute de la copulație). Nu este ușor să etichetăm o ejaculare ca fiind precoce. După Bergler, ejacularea normală apare după 2—10 minute de la intromisiune, adică după 60—100 de mișcări copulatorii. În lipsa acestor parametri, nu ne putem baza numai pe impresia pacientului sau a partenerei.

Mai trebuie să se țină sema și de faptul că la unii indivizi există ejaculări mai repezi, care țin de biotipul lor sexual, deci în cadrul normalului.

EJACULAREA PRECOCE

După R. Doepfmer (6), orice ejaculare precoce trebuie privită în funcție de următorii factori :

1. *Forma primară* a ejaculării precoce ține de tipul constituțional și se manifestă de la începutul vieții sexuale. *Forma secundară* poate să apară în mod temporar sau permanent, această ultimă formă avînd un prognostic nefavorabil. Ejacularea precoce temporară este, de cele mai multe ori, determinată de dificultățile inițiale, hiperexcitația sexuală a bărbatului, excitațiile sexuale intense din partea partenerei sau de abstinența sexuală.

2. *Ejacularea precoce cu sau fără erecție.* Ejacularea precoce cu erecție se poate produce fără atingerea sexuală a partenerei, la o simplă atingere corporală, la atingerea labiilor, la intromisiunea penisului sau imediat după intromisiune. Ejacularea precoce *fără erecție* este o formă de impotență cu prognostic nefavorabil și poate să apară sub forma poluțiilor în timpul zilei, chiar și fără excitarea sexuală de către o parteneră.

3. *Ejacularea precoce în funcție de vîrstă.* Ejacularea precoce este un simptom principal, frecvent la bărbații tineri sau la bărbații aflați în primele luni de căsnicie, comportînd dificultățile psihologice și fiziologice de început, în prezența unei sexualități forte și labile. Recomandarea ca în aceste cazuri pacientul să facă confidențe unei prostituate este plină de riscuri. După Giese, *potentia coeundi* cere siguranță și experiență, iar acestea se pot obține cu o parteneră prin cultivarea relațiilor intime.

În toate grupele de vîrstă se delimitează, pe de o parte, tulburarea de ejaculare dependentă de situație, de parteneră și, pe de altă parte, tulburarea condiționată de individ. Ejacularea precoce poate fi, de asemenea, un prim semn al unui deficit de androgeni la începutul climacteriului viril.

4. *Ejacularea precoce în funcție de evacuarea lichidului seminal.* De regulă, secrețiile glandelor genitale accesorii se evacuează printr-o eliminare ritmică, în prezența unei contracții concomitente a mușchilor ischiocavernoși și bulbocavernoși. În cazul excitațiilor sexuale se cunoaște eliminarea continuă și unică a secreției glandelor genitale accesorii, fără desfășurarea ritmică și fără contracții musculare. În acest caz, nu este vorba de o ejaculare propriu-zisă, ci de o spermatoree. Astfel de mecanisme de evacuare sînt foarte rare și ele apar în caz de poluții fără vise erotice, în caz de modificări inflamatori ale glandelor accesorii (veziculite, prostatite cronice — prostatoree) sau la unii bolnavi cu paraplegie.

Nu există indicații în literatură în ceea ce privește frecvența diferitelor forme de ejaculare precoce. Nici Kinsey și colab. pe materialul lor statistic enorm, nu dau cifre.

EJACULAREA TARDIVĂ

Ejacularea tardivă se produce : după excese sexuale (prin epuizarea lichidului seminal), în mod voit (după consumul unor băuturi alcoolice, prin întreruperea mișcărilor copulatorii, prin distragerea atenției) sau în deficiențele hormonale androgenice ca și la începutul climacteriului viril.

EJACULAREA INVOLUNTARĂ
(Pierderea de lichid seminal)

Reflexul spinal de ejaculare este în general precedat de o erecție, dar aceasta nu este absolut necesară. Cînd aferențele nervoase — fie tactile, fie de origine psihică — au atins un anumit nivel, se produce o contracție a musculaturii netede a aparatului genital masculin, al cărei rezultat este ejacularea lentă de spermă în uretra

posterioară. Prezența lichidului seminal în uretră declanșează un nou reflex care produce o contracție ritmică a mușchilor bulbocavernoși și ischiocavernoși, pe un tonus deja crescut din timpul erecției, și ca urmare apare expulzia sacadată de spermă, caracteristică unei adevărate ejaculări.

În caz de pierderi seminale se pune problema dacă acestea se încadrează în categoria de normale sau anormale. La normali, trebuie mai întîi să excludem prostatoreea. Această scurgere a secreției prostatice, care survine după prostatitele catarale, trebuie considerată la limita normalului și nu necesită un tratament medicamentos, și nici, mai ales, un tratament local, care ar putea prelungi iritația. În acest caz, pacientul va fi calmat și asigurat de caracterul benign al pierderii seminale. În lichidul prostatic al unui prostatoreic se pot găsi la microscop cîțiva spermatozoizi, dar infinit mai puțini decît într-o emisiune de spermă. Trebuie precizat că o spermatoree, adică o scurgere de spermă continuă, fără ejaculare, nu există în timp ce spermaturia (prezența a cîtorva spermatozoizi în urină) este fiziologică.

Poluțiile nocturne (în urma unui vis erotic) sînt considerate ejaculări involuntare normale ; ele nu survin numai la adolescenți, ci și la adulți. În legătură cu frecvența acestor poluții, este dificil de apreciat unde începe anormalul (34).

Printre pierderile seminale, considerate ca patologice, sînt cele declanșate de o spină iritativă, situată îndeosebi la nivelul uretrei posterioare, la încrucișarea căilor spermatice cu uretra. În acest caz este necesar un diagnostic de certitudine. De asemenea, pierderile seminale patologice mai apar în unele boli generale grave, și anume : leucemii (la debut), intoxicații și mai ales boli ale sistemului nervos (tabes, paraliza generală progresivă, mielite, tumori medulare).

HEMOSPERMIA

Hemospermia constă în apariția unui amestec de sînge (proaspăt sau vechi) și spermă în cursul ejaculării. Deseori, sîngerarea survine dintr-un organ profund (veziculele

seminale). După Bunpei Jada (1963), hemospermia apare în 10% din bolile urologice. Acest autor constată, într-o serie de 33 de cazuri de hemospermie, 8 tuberculoze pulmonare, 5 uretrite gonococice, 12 cazuri de tulburări de spermiogeneză și 27 de cazuri de piospermie. Veziculografiile au arătat dilatări patologice într-o treime din cazuri. Dintre afecțiunile veziculelor seminale generatoare de hemospermie, enumerăm : cistadenoamele (rarisime), chisturile veziculare (hidrops, determinat de atrezia canalelor ejaculatoare după o inflamație), adenocarcinomul veziculei seminale (apare foarte rar, simptomatologia lui se confundă cu cea a cancerului de prostată). Indicațiile terapeutice în hemospermie sînt următoarele : administrarea de hemostatice, antibiotice sau corticoterapie. Practic, dacă hemospermia durează de mai multe luni, se recomandă administrarea de hormoni estrogeni *per os* (3—5 mg/zi, timp de 1—2 luni), tratament care reduce volumul veziculelor seminale hipertrofiate, prin suprimarea temporară a funcției acestora (38).

IMPOTENȚA SEXUALĂ PRIN TULBURĂRI DE ORGASM

Este știut că ejacularea se poate produce și fără orgasm și, invers, orgasmul se poate obține și fără ejaculare. De regulă însă, ejacularea la bărbați se însoțește aproape concomitent de apariția orgasmului (o senzație paroxistică plăcută și o eliberare bruscă de sub tensiunea neuropsihică). După felul în care se manifestă, există, după Kinsey, mai multe tipuri de orgasm.

Lipsa totală a orgasmului se numește *anorgasmie ;* obținerea unui orgasm incomplet poartă numirea de *anorgasmie parțială.* Cauzele tulburărilor de orgasm sînt : lipsa de atracție față de parteneră, stările de surmenaj (de cele mai multe ori), nevrozele sexuale sau mediul ambiant inadecvat copulației.

Nu există o interdependență strictă între intensitatea erecției, a ejaculării și a orgasmului. Nu este condiționată în timp obținerea orgasmului masculin în funcție de cel feminin. Orgasmul feminin este însă la unele femei parțial condiționat de ejacularea bărbatului (atenție la *coitus in-*

terruptus !). Cînd cuplul obţine orgasmul simultan, această situaţie este considerată o situaţie ideală, care se obţine, de obicei, după o coabitare mai îndelungată între parteneri.

CLASIFICAREA ETIOPATOGENICĂ

În practică, aşa cum am arătat, de cele mai multe ori, se asociază două sau mai multe tulburări de dinamică sexuală (11), care, în general, au comun acelaşi factor etiopatogenic. Din acest motiv şi pentru a aprofunda cauzele şi mecanismul de producere a tulburărilor de dinamică sexuală, vom prezenta în continuare clasificarea impotenţei sexuale din punct de vedere etiopatogenic.

După P. Roche (29) există următoarele forme de impotenţă sexuală : *impotenţa sexuală organică* (neurologică, vasculară, genitourinară, endocrină, metabolică, datorită unor cauze generale) şi *impotenţa sexuală funcţională psihogenă.*

IMPOTENŢA SEXUALĂ ORGANICĂ

Activitatea sexuală implică mai multe condiţii anatomice şi fiziologice necesare unor funcţii normale ale organelor genitale : vascularizaţie şi inervaţie normală (sistem nervos periferic, sistem nervos autonom), arc reflex spinal (corespondent măduvei lombosacrate). De asemenea, implică o integritate morfofuncţională a căilor nervoase de conducere centripete (genito-hipotalamice şi cortico-hipotalamice) a căilor neurovegetative de transmisie centrifuge, medulare şi pelviene ; în sfîrşit, cele mai importante sînt zonele de comandă (centrii comportamentului sexual), care coordonează dinamica sexuală. Aceşti centri sînt situaţi în hipotalamusul anterior, median şi posterior, în substanţa reticulară, în sistemul limbic etc. O integrare superioară a funcţiilor sexuale are loc la nivelul cortexului cerebral, în măsura în care această integrare intervine în toate activităţile voluntare.

În impotenţele sexuale organice de origine neurologică sînt lezaţi fie centrii sexuali hipotalamici sau centrii medulari, fie căile de conducere centripete sau centrifuge, fie inervaţia locală. Leziunile care interesează diencefalul, hipotalamusul sînt următoarele : meningoencefalitele, arahnoiditele, neoplasmele supraselare. Leziunile existente determină apariţia unei impotenţe sexuale cvasiglobale. Adesea la această impotenţă se asociază şi alte simptome ca : bulimie, obezitate, dereglări termice sau vasomotorii.

În general, o leziune encefalică produce o impotenţă globală. Totuşi, foarte rar, o leziune localizată (de origine vasculară) în rinencefal (bulbii olfactivi) poate determina o impotenţă sexuală disociată, constînd într-o creştere a libidoului, cu toate că erecţia este absentă.

Lezarea căilor medulare, cu păstrarea însă a integrităţii centrilor sexuali hipotalamici, determină o impotenţă sexuală disociată, cu păstrarea libidoului, dar cu suprimarea erecţiei şi a ejaculării (leziunile traumatice care interesează coada de cal dau o astfel de impotenţă sexuală disociată). În sindroamele medulare, situate mai sus şi în paraplegiile spasmodice, impotenţa sexuală este inconstantă. Chiar în cursul sindroamelor de secţionare completă a măduvei există posibilitatea de erecţie şi de ejaculare automate. În general, dacă leziunea nu afectează centrii lombari medulari, se pot produce erecţie şi chiar ejaculare automate.

Natura leziunilor nervoase este variată : mielite, tabeş, siringomielie, paralizie generală progresivă, scleroză în plăci, neoformaţii — toate acestea ducînd la anerecţie şi anejaculare. Leziunile sînt aproape întotdeauna ireversibile. Numai în cazul leziunii tumorale, care a antrenat tranzitoriu centrii medulari ai erecţiei sau ejaculării, se poate obţine vindecarea (2), atunci cînd se extirpă tumoarea.

Leziunile de lob temporal pot explica unele cazuri de impotenţă sexuală (10). Atingerea globală a cortexului,

antrenînd o atrofie cerebrală importantă și însoțită de sindrom demențial, poate constitui etiologia unei impotențe sexuale în cadrul acestui sindrom global.

IMPOTENȚA SEXUALĂ DE ORIGINE VASCULARĂ

În acest caz există o anomalie a vascularizației arteriale sau leziuni ateromatoase în partea terminală a aortei și a bifurcației aortei (sindrom Leriche), determinînd o ischemie a teritoriilor arteriale care irigă penisul. Aceste tulburări vasculare sînt rar izolate ; de obicei, se integrează într-un tablou vascular mai general, cuprinzînd și membrele inferioare.

IMPOTENȚA SEXUALĂ DE ORIGINE ENDOCRINĂ

Acest tip de impotență apare în insuficiența testiculară congenitală sau dobîndită (orhite infecțioase, virotice, toxice, posttraumatice) sau după unele tratamente cu estrogeni pentru cancer de prostată.

În insuficiențele hipofizare (panhipopituitarism) prin tumori nesecretante (adenom cromofob, craniofaringiom) sau în cea de tip Simmonds se produce o insuficiență testiculară secundară, prin absența secreției hormonilor gonadotropi hipofizari (FSH, ICSH). De asemenea, și în hiperfuncțiile hipofizare de hormon somatotrop (STH), care dau acromegalia și gigantismul, se constată scăderea potenței sexuale, pînă la impotență.

În insuficiența tiroidiană și mai ales în mixedemul primitiv sau secundar, tulburările de dinamică sexuală afectează libidoul, erecția, ejacularea și orgasmul, mergînd pînă la impotența sexuală. Aceasta se explică prin hipogonadismul secundar, produs de mixedem și prin predominanța stării de inhibiție corticală, care apare în absența hormonilor tiroidieni.

În hiperiroidismul moderat se întîlnește ejacularea precoce, iar în cel sever (tireotoxicoze) — impotența sexuală, probabil printr-o intoxicație cu hormoni tiroidieni a centrilor sexuali hipotalamici. Acest gen de impotență sexuală este reversibilă, o dată cu remisiunea hipertiroidismului prin tratament medical sau chirurgical.

În hipercorticismul metabolic (sindromul Cushing) noi am constatat o hipofuncție androgenică testiculară (35), o frecvență crescută a tulburărilor de dinamică sexuală în 92% din cazuri (74% prezentau o diminuare marcată a potenței sexuale și 18% prezentau impotențe sexuale complete). În hipercorticismele androgenice la bărbat a fost semnalată așa-numita impotență sexuală paradoxală prin hiperandrogenism corticosuprarenal (O. Sabouraud). Așa cum arată atît unele cercetări clinice și experimentale ale unor autori, cît și ale noastre (34), excesul de hormoni steroizi ai suprarenalei (cortizol, cortizon, dezoxicorticosteron, androgeni, estrogeni), acționînd la nivelul structurilor diencefalice și hipofizare, diminuă secreția și eliberarea de gonadotropi hipofizari (FSH și ICSH) printr-o acțiune de *feed-back* negativă nespecifică și, concomitent, au o acțiune inhibitorie nespecifică asupra centrilor hipotalamici, care intervin în comportamentul sexual.

În insuficiența corticosuprarenală cronică (boala Addison) am constatat de asemenea, în 72% din cazuri o diminuare a potenței sexuale (libidou diminuat, erecții slabe, incomplete, ejaculare dificilă, rărirea ritmului sexual) și impotență sexuală în 12,9% din cazuri (17). Concomitent cu aceste tulburări există și un hipogonadism secundar (demonstrat prin biopsie testiculară și dozări hormonale). Diminuarea libidoului se explică prin scăderea impregnării sistemului nervos central cu hormoni androgeni și, consecutiv, diminuarea proceselor erotice. Erecțiile dificile țin de hipotonicitatea vasculară a addisonianului, deci și a țesutului vascular erectil. Ejacularea tardivă se poate explica prin contracția deficitară a musculaturii veziculodeferențiale, pe fondul unei astenii fizice și psihice și al hipoexcitabilității sexuale a addisonianului. Lipsa orgasmului sau diminuarea lui se datoresc astheniei psihice permanente și însumării lente a tensiunii erotice în sistemul nervos central. Constatarea de către bolnav a exacerbării asteniei lui prin actul sexual îl face să adopte o atitudine rezervată față de activitatea sexuală.

În general, impotențele sexuale de origine endocrină sînt impotențe totale, cu pierderea libidoului, a erecției și a ejaculării, chiar și a celor nocturne, factorul endocrin

fiind absolut necesar pentru o activitate sexuală normală (16).

În hipofuncţiile testiculare moderate, tulburările de dinamică sexuală constau într-o diminuare a potenţei sexuale, dar niciodată selectivă.

De obicei, impotenţele de origine endocrină sînt relativ mai uşor acceptate de bolnavi şi cu mai multe speranţe terapeutice.

În stările de hipersimpaticotonie netă şi [îndeosebi în sindromul hipercatecolic tumoral (feocromocitom)], datorită dezechilibrului vegetativ, activitatea specializată copulatorie, care ţine de un anumit tonus parasimpatic, este serios afectată. De altfel, şi in stările de hiperparasimpaticotonie, funcţionale sau organice, apar tulburări sexuale prin diminuarea tonusului simpatic, de care depinde activitatea de bază motorie.

Deci un comportament sexual normal necesită un anumit echilibru al sistemului nervos vegetativ.

IMPOTENŢA SEXUALĂ DE ALTE ORIGINI

Impotenţa sexuală de origine genitourinară. În acest caz există leziuni mutilante sau dureroase ale glandului (şancru, ulceraţii), ale corpilor cavernoşi sau spongioşi sau afecţiuni ale uretrei sau ale prostatei. Se acordă importanţă şi inflamaţiilor situate *la veru montanu*. Unii impotenţi organici de cauză genitourinară, chiar după ameliorarea stării patologice a organelor genitale, recurg la explorări şi examene repetate sau la tratamente locale inutile, care, uneori, nu au alt efect decît intensificarea preocupărilor şi neliniştii lor, ajungînd astfel la idei fixe şi la autoîntreţinerea psihică a impotenţei sexuale.

Impotenţa sexuală de origine metabolică se întîlneşte la bărbaţii cu ciroză, în insuficienţele hepatice din hepatitele cronice şi se explică prin tulburări metabolice şi îndeosebi prin lipsa de inactivare a estrogenilor de către ficat. De asemenea, impotenţa se întîlneşte în hemocromatoze, care în mod secundar, afectează întregul sistem endocrin. În diabetul zaharat, printre primele simptome ale bolii se numără şi impotenţa sexuală ; mai întîi apare

tulburarea erecţiei, apoi se instalează deficitul de ejaculare. Dozările testosteronului plasmatic efectuate de noi la 15 bolnavi cu diabet zaharat au arătat valori scăzute.

Impotenţa sexuală determinată de cauze generale poate să apară la bolnavi cu afecţiuni organice de durată lungă (cardiopatii decompensate, bronhopatii, scleroză pulmonară, astm, nefropatii, colite cronice) sau la gastrectomizaţi sau în cazuri de intoxicaţii cronice (alcoolism, intoxicaţii cu opium) sau după tratamente cu derivaţi de *Rauwolfia*, barbiturice, neuroplegice, tranchilizante. Noi am observat diminuarea potenţei sexuale după administrarea de anorexigene, de tip amfetamine (Anapetol) în cură prelungită.

TRATAMENTUL IMPOTENŢEI SEXUALE ORGANICE

Ideal ar fi să putem face un tratament etiopatogenic. Dar din grupa impotenţelor sexuale de natură organică beneficiază de un astfel de tratament numai cele de origine endocrină şi beneficiază foarte puţin sau de loc cele de origine neurologică şi foarte puţin cele de origine vasculară. În impotenţele neurologice, leziunile nervoase sînt aproape întotdeauna ireversibile. În lipsa unei etiologii precise se poate încerca o terapie neurostimulantă (stricnină, vitamina B_1 fortisim). S-au efectuat chirurgical şi proteze peniene (25).

În impotenţele sexuale de natură vasculară se va încerca o ameliorare a fluxului vascular prin vasodilatatoare arteriale, simpaticolitice (iohimbina în acest caz este cel mai preţios mijloc, cu condiţia de a fi utilizată în doză de 6—10 granule a 2 mg clorhidrat de iohimbină). Se mai practică infiltraţia simpaticului lombar şi, după unii autori, chiar intervenţia pe simpaticul lombar, deşi s-a comunicat şi o înrăutăţire a situaţiei după unele simpatectomii (M. Goldstein). În practică tratamentul este dificil, pentru că adesea leziunile vasculare sînt ireversibile.

Tratamentul impotenţei sexuale de origine endocrină constă în corectarea hormonală a insuficienţei testiculare, a insuficienţei hipofizare, tiroidiene şi suprarenale, a tireo-

toxicozei, a hipercorticismului metabolic sau androgen și a hipercatecolismului.

Androgenii sînt indicați, în doze moderate, în insuficiența testiculară primitivă sau secundară [25—50 mg/zi, de 2—3 ori pe săptămînă, sau injecții i.m. cu androgeni cu resorbție lentă (retard), 100 mg la 2 săptămîni (Testolent, Sterandryl), sau injecții i.m., una pe lună, a 250 mg. (Sustanon sau Androtardyl)]. Preparatele cu resorbție lentă sînt indicate îndeosebi în sindroamele de castrare și la andropauză. Dintre preparatele care se administrează *per os* se pot utiliza : metiltestosteronul (25 mg/zi), derivații fluorați (5—10 mg/zi), derivații enolici (10-20 mg/zi. În insuficiențele testiculare de natură centrală, hipofizară, este indicat un tratament cu hormoni gonadotropi. [Prolan, care conține FSH + ICSH, utilizat îndeosebi în insuficiențele testiculare globale (deficit de spermatogeneză și de androgeneză)]. Un alt preparat denumit Gestyl (FSH) se recomandă în deficitul de spermatogeneză, iar preparatul Pregnyl (ICSH) se, indică în insuficiența androgenică testiculară. În unele cazuri se poate asocia un tratament de stimulare testiculară cu gonadotropi hipofizari, cu un tratament cu testosteron, în doze mici. De un real folos este administrarea de hormoni tiroidieni (triiodotironină sau tiroidă), îndeosebi atunci cînd este asociată și o hipotiroidie, chiar benignă. În insuficiențele hipofizare totale se va face un tratament etiopatogenic și stimulator hormonal pe linie suprarenală, tiroidiană și gonadică. Mixedemul se corectează substitutiv cu hormoni tiroidieni, la care se adaugă gonadotropi hipofizari sau testosteron.

Impotența sexuală din sindromul Cushing implică tratamentul etiopatogenic al bolii de fond, la care se adaugă o stimulare testiculară cu hormoni gonadotropi și tiroidieni. În impotența prin hiperandrogenism suprarenal s-au obținut rezultate foarte bune prin corticoterapie (prednison, 10—15 mg/zi, timp de 3—4 săptămîni).

În impotența sexuală de origine metabolică se va face un tratament patogenic al tulburărilor respective. În ciroze se poate încerca un tratament cu gonadotropi. În impotența diabetică, echilibrarea glicemiei și prevenirea com-

plicațiilor diabetice și în special a arteritei diabetice (factor vascular), care întreține impotența sexuală, sînt măsuri importante.

Impotența sexuală de origine diabetică apare cam la 50% dintre bărbații diabetici tineri și la 73% dintre cei în vîrstă de 60 de ani. Tratamentul constă în administrarea de gonadotrofină corionică (100—3 000 u./săptămînă) și testosteron (150 mg/săptămînă), timp de cîteva luni, sub controlul glicemiei și al examenului repetat al fundului de ochi.

Tratamentul impotenței sexuale determinate de cauze generale constă în terapia etiopatogenică a bolii de fond.

În atonia prostatei și în inflamațiile cronice ale acesteia și ale veziculelor seminale se utilizează, cu rezultate foarte bune, masajul prostatic și diatermia. De asemenea, s-a dovedit că infiltrațiile lombare cu novocaină ale ganglionilor simpatici lombari, mai ales la cei în vîrstă, aduc ameliorări substanțiale ale potenței sexuale (Lichwitsch). Diatermia, curenții de înaltă frecvență, ultrascurtele în aplicare locală provoacă o congestie locală, mărind afluxul de sînge. Climatoterapia, balneoterapia și în special dușurile scoțiene au un efect tonifiant general și local.

Prevenirea impotenței sexuale este o acțiune mai ușoară decît tratamentul ei și se bazează pe înlăturarea tuturor factorilor cauzali.

IMPOTENȚA SEXUALĂ FUNCȚIONALĂ PSIHOGENĂ

Această impotență sexuală este mult mai frecventă decît impotența sexuală organică (2, 21, 29). Atunci cînd examenele anamnestic și clinic efectuate minuțios nu decelează nici un factor etiologic organic lezional, medicul se va gîndi la o impotență funcțională neuropsihică sau psihogenă.

Din punct de vedere clinic, impotența sexuală funcțională psihogenă [după J. Dreyfus-Moreau (5)] poate fi : impotență de debut, impotență secundară reacțională, impotență psihogenă primară, impotență nevropatică (nevroză sexuală).

IMPOTENȚA SEXUALĂ DE DEBUT (A ADOLESCENȚILOR)

Adolescentul, după o evoluție sexuală normală care trece printr-o perioadă autoerotică și uneori de masturbare, după mai mult sau mai puțin timp, ajunge la primele raporturi sexuale care, în general, se situează între 15 și 18 ani (5, 2, 9). Unii adolescenți nu urmează această evoluție, fie că impulsul sexual se lovește de interdicții prea puternice, fie că impulsul sexual este prea slab, fie că sexualitatea rămîne fixată la realizări infantile. Adolescenții vin să consulte medicul, deoarece nu au îndrăznit să aibă raporturi sexuale sau pentru că au încercat o dată și au suferit un eșec. Cel mai adesea această inhibiție cedează o dată cu experiența și prin exemplul altor colegi. În alte cazuri, este necesară o încurajare din partea tatălui, a unui adult sau a medicului.

Un tînăr care nu a început viața sexuală este anxios și are un sentiment de inferioritate, deoarece nu se simte întrutotul bărbat. Pentru unii, morfologia organelor genitale feminine este obscură ; la alții anxietatea se fixează asupra consecințelor unui act sexual (contractarea de boli venerice, paternitate nedorită etc.). În aceste cazuri, medicul obține rezultate bune făcînd educația sexuală a tînărului în modul cel mai amical.

IMPOTENȚA SEXUALĂ A PRIMELOR CONTACTE CU O NOUĂ PARTENERĂ

Unii bărbați, cu ocazia căsătoriei sau a legăturii cu o nouă parteneră, față de care manifestă o afectivitate reală, se trezesc handicapați fie printr-o absență a erecției, fie prin ejaculare precoce, cu toate că nu au avut niciodată dificultăți sexuale. Un astfel de incident, cu absența erecției într-un moment important din viața lor, riscă, să constituie originea unei decompensări nevrotice cu depresiune reactivă, la care se adaugă reacțiile anxioase. În aceste cazuri, ca de altfel în orice inhibiție psihică sexuală, se impun două recomandări : în primul rînd, abținerea temporară de la orice tentativă sexuală, care are ca scop lupta împotriva anxietății și a descurajării, generate de multiple încercări infructuoase, la fel de traumatizante pentru fiecare dintre parteneri ; în al doilea rînd, se recomandă crearea unei intimități fizice cu noua parteneră, acest contact fiind un element esențial al tratamentului. O dată eliberat de preocupările obsedante, în legătură cu faptul că nu va reuși un nou act sexual, bărbatul se va obișnui cu prezența noii partenere, iar plăcerea contactului fizic intim cu ea va genera excitații genitale și, în final, reușita.

Cu totul alta este atitudinea față de bărbații care au ejaculări precoce cu o nouă parteneră. Adesea, este vorba de bărbați virili, care au erecții frecvente și ejaculează rapid la cel mai mic contact. În astfel de condiții se înțelege că o dificultate de deflorare sau de intromisiune poate fi cauza ejaculării precoce, dar esențial este reacția hiperemotivă în fața noii partenere. În cazurile favorabile subiectul are o satisfacție chiar dacă actul a fost scurt și aceasta îl incită la o repetare, iar ejacularea la al doilea sau al treilea coit se declanșează într-un timp normal. Deci, experiența stabilizează reflexul ejaculator și se stabilește o viață sexuală normală, cu toate că tendința la ejaculare precoce persistă după o perioadă de abstinență.

IMPOTENȚA SEXUALĂ NEUROPSIHICĂ REACȚIONALĂ SECUNDARĂ

Această, impotență se instalează brusc sau progresiv la bărbații care au avut mai mulți ani o viață sexuală normală. Tulburarea survine după o traumă psihică. Pacienții se plîng că nu au libidou și nici erecție, alteori au libidou, dar erecția dispare imediat ce se trece la actul sexual. Uneori, au libidou și erecție, dar ejaculează *ante portas*. Alteori, are loc intromisiunea, dar ejaculează rapid și erecția cedează imediat și, în fine, în alte cazuri după intromisiune este posibilă copulația, dar nu ajung niciodată la ejaculare și nu prezintă niciodată ejaculare în stare de veghe.

Traumele psihice cele mai variate și de diferite intensități, care se produc în viața afectivă personală și care lezează amorul propriu sau încrederea în parteneră, pot duce la un eșec sexual. Traumele psihice produc zone de excitație corticală, care, pe baza legii de inducție nega-

tivă, determină un proces de inhibiție. La originea inhibiției psihice a pacientului se relevă aproape întotdeauna o atitudine de desconsiderare a persoanei sale, jigniri, imputații din partea femeii. Un astfel de comportament al partenerei are valoare patogenă, mai ales, dacă se suprapune altor traume psihice anterioare, similare, din trecutul pacientului. Un astfel de subiect rămîne fragil și sensibilizat la cel mai mic rapel.

Primul eșec sexual al unui bărbat îi dă o stare de frustrație, de anxietate și el simte urgent nevoia de reabilitare, încearcă o șansă cu altcineva, care de obicei eșuează, sau cînd reușește, aceasta nu-l mulțumește. El se simte într-o stare de inferioritate și de culpabilitate față de femeia care i-a produs eșecul sexual. Dacă partenera se simte lezată, nu-l înțelege și începe a vorbi de divorț sau despărțire, această atitudine îi agravează starea sa, mergînd pînă la o veritabilă stare depresivă sau nevroză anxioasă-depresivă. Dispariția erecției în cursul actului sexual sau înainte de începerea lui se datorește unui reflex inhibitor cortical, condiționat de teama de nereușită. Se stabilește astfel un cerc vicios : frustrație-agresivitate-anxietate-impotență-frustrație. De obicei, în aceste cazuri excitația sexuală față de parteneră este puternică. Atunci cum se explică lipsa erecției sau întreruperea ei ? Prin apariția unei inhibiții supraliminare care protejează celula nervoasă de excitația prea puternică și prelungită. Vedenski a demonstrat posibilitatea transformării hiperexcitației în inhibiție. Apariția unui eșec sexual psihogen, la un bărbat, poate să evolueze în două modalități, în funcție de tipul de sistem nervos al individului.

La cei cu un sistem nervos tare și echilibrat, eșecul este considerat ca un incident, nu i se dă importanță și ulterior este posibilă o reluare normală a vieții sexuale. La cei cu un sistem nervos slab și neechilibrat, eșecul sexual constituie o preocupare esențială, un element de teamă și neliniște continuă, că nu va reuși din cauza autosugestiei, iar la o nouă tentativă de copulație, eșecul se va repeta printr-o condiționare psihică.

Insatisfacția și reacțiile de agresivitate ale partenerei duc întotdeauna la complicarea situației. Medicul în aceste situații trebuie să discute și cu partenera.

IMPOTENȚA SEXUALĂ PSIHOGENĂ PRIMARĂ

Aceasta reunește adulții care vin să consulte pentru impotență sexuală și care nu au avut niciodată o viață sexuală normală. Dreyfus-Moreau J. (5) consideră că acestei grupe îi aparțin acei indivizi care nu au avut nici un raport sexual, cît și cei care au încercat de 2—3 ori un raport și chiar dacă actul a fost fiziologic normal, nici unii nici alții n-au atins stadiul de dezvoltare psihoafectivă sexuală care caracterizează sexualitatea adultă. Sexualitatea lor a rămas în stadiile infantile. O caracteristică fundamentală este că bărbații de acest gen nu suferă în mod real de infirmitatea lor, cel mult sînt stînjeniți de privarea unei anumite forme de raporturi umane. Fixațiile lor sexuale, infantile, mai mult sau mai puțin perverse, se intrică deseori cu structuri nevropatice serioase, mergînd pînă la parapsihopatii, de aceea se impune elucidarea situației veritabile a fiecăruia. Unii dintre ei, după Kinsey (13), sînt apatici, au făcut o pubertate tardivă, au necesități rare și satisfacții sărace. Alții privesc partenera nu ca pe o companie, ci ca pe o persoană protectoare și chiar vor să se căsătorească. În cazul cînd întîlnesc o femeie frigidă, care acceptă acest rol „matern", se poate constitui o situație conjugală cvasiechilibrată. Totuși, un număr dintre acești impotenți sexuali cer medicului un real ajutor.

IMPOTENȚA SEXUALĂ DIN NEVROZE (NEVROZA SEXUALĂ)

Impotența sexuală psihogenă se întîlnește frecvent la bărbații nevrozați. Semnele cele mai obișnuite ale nevrozei sînt astenia fizică și psihică, nervozitatea, irascibilitatea, cefaleea, insomnia, la care se poate asocia inapetența, slăbirea în greutate, palpitațiile, uneori teama, neliniștea, ideile fixe. Există trei tipuri de nevroză :

— *Nevroza astenică* (neurastenia) se poate prezenta, așa cum arată Pavlov, sub două aspecte : forma hiper-

stenică şi forma hipostenică. În forma hiperstenică iritabilă, bolnavul reacţionează violent şi este irascibil ; aceasta corespunde cu slăbirea proceselor de inhibiţie corticală şi predominanţa proceselor de excitaţie. Creşterea excitabilităţii nervoase duce la ejaculare precoce. În forma hipostenică, care urmează după această fază, predomină procesele de inhibiţie corticală, cu repercusiuni asupra întregului organism, inclusiv tulburări de erecţie, cu diminuarea acesteia, pînă la anerecţie. Unii autori preferă termenul de neurastenie pentru stările de astenie nervoasă constituţională, în timp ce alţii etichetează ca neurastenie sexuală tulburările nervoase condiţionate de o viaţă sexuală anormală (exces, aberaţii), tulburări care se resfrîng asupra dinamicii sexuale.

— În *psihastenie* (nevroza obsesivă — fobică), predomină ideile fixe, obsesiile, fobiile. Bolnavul este neîncrezător în posibilităţile sale sexuale, este timid şi rezervat faţă de actul sexual, de teama eşecului ; are fobia că ar putea contracta o boală venerică, fobia de sarcină, de şantaj, frica de a roşi (eritrofobie) etc.

— La *isterici* există o slăbire corticală cu predominanţa activităţii subcorticale, deci a primului sistem de semnalizare. La ei emoţiile sînt exagerate, sugestiile sînt amplificate şi iau caracterul unor şocuri afective ; se pot întîlni cele mai variate tulburări sexuale.

TRATAMENTUL IMPOTENŢEI SEXUALE FUNCŢIONALE

Tratamentul medicamentos

Medicaţia este recomandabilă, dar întotdeauna însoţită de sugestie, de psihoterapie sau de alte metode.

Tratamentul impotenţei de erecţie va fi etiologic acolo unde este posibil. Tratamentul este mai dificil atunci cînd impotenţa este de origine funcţională neuropsihică ; de obicei, este incriminat un dezechilibru neurovegetativ asociat cu o componentă psihogenă. Se recomandă o medicaţie echilibrantă neurovegetativă fie cu simpaticomimetice (benzedrină, efedrină), la hiposimpaticotonici sau cu vagolitice (beladonă, atropină, scopolamină), la vagotonici, fie cu simpaticolitice (ergotamină, iohimbină) la hipersimpaticotonici. Iohimbina are o acţiune afrodiziacă şi se poate administra de 3×5 mg/zi timp de 2—3 săptămîni, fiind contraindicată la hipotensivi şi în inflamaţiile pelviene. La distonicii vegetativi se recomandă administrarea de amfolitice (Bergonal, Bellergal).

Medicaţia tonifiantă a sistemului nervos central constă în administrarea de stricnină 1—3 mg/zi (contraindicată la anxioşi), cafeină sau simpla cafea neagră, glicerofosfaţi.

Ca o medicaţie tonică generală se poate folosi Testosteron (25 mg la 3 zile), care se poate administra pe perioade scurte şi în afara stărilor de hipogonadism.

Reflexoterapia

Este o metodă terapeutică care şi-a dovedit eficacitatea în impotenţele funcţionale psihogene. Este folosită şi cunoscută sub diferiţi termeni : centroterapia *Bonnier*, reflexoterapia nazală (Koblank), stressoterapia nazală (Handry) rinotermocoagularea electrică (B. Ionescu şi colab.) (12).

În principiu, metoda folosită de autorii citaţi are drept scop excitarea mucoasei nazale. Legătura dintre mucoasa nazală şi funcţia sexuală este demonstrată clinic şi experimental : congestii ale mucoasei nazale şi epistaxisuri pe cornetul inferior au fost observate de Flioss încă din 1897, în timpul menstrelor, la unele amenoreice sau dismenoreice. Experimental, s-a demonstrat că ablaţia cornetelor inferioare la animale determină leziuni testiculare degenerative şi impotenţă copulatorie. De asemenea, s-au obţinut experimental congestii erectile ale mucoasei nazale prin administrarea de extracte ovariene sau testiculare la maimuţă, cîine şi şobolani. Unele cercetări clinico-experimentale aduc date mai noi ; astfel, Vislanzie (citat de 12) observă după traumatizări profunde ale mucoasei cornetului mijlociu, o hiperglicemie importantă, cu numărul de eozinofile la început crescut, apoi scăzut. Autorul consideră aceste efecte ca fiind datorite unei modificări de tonus vegetativ, cu răsunet asupra funcţiei endocrine şi îndeosebi corticosuprarenale. În acest sens

pledează cercetările lui Landry (14), care demonstrează intervenţia suprarenalei prin creşterea 17-cetosteroizilor eliminaţi după o agresiune nazală.

Pe baza datelor de pînă acum explicaţia terapiei pe calea mucoasei nazale are un determinism multiplu, în care trebuie subliniat rolul jucat de timpuriu în evoluţie, de mucoasa nazală ca analizor al mediului extern şi al corelaţiilor pe care le-a contractat cu rinencefalul. Tehnica folosită pentru atingerea acestui obiectiv este foarte variabilă : puncte de foc (Bonnier), cauterizarea chimică (cu acid tricloracetic) sau prin electroliză (Koblank), galvanocauterizare (Klotz, Kuirand), cauterizarea la roşu (Palazzoli) sau atingerea superficială a mucoasei nazale cu vîrful unui stilet (8).

În privinţa locului de excitare a mucoasei nazale părerile sînt împărţite, dar toţi autorii sînt de acord că trebuie atins punctul sau punctele utile. P. Gillet (8), deşi susţine excitarea „în pînză" a mucoasei nazale, caută totuşi punctul capabil să declanşeze un reflex simpatic. Palazzoli semnalează faptul că vindecarea poate surveni chiar instantaneu după una din şedinţe, dacă s-a cauterizat punctul util. Bonnier stabileşte o hartă corespunzătoare anumitor boli. Alţi autori aplică metoda electrotermocoagulării superficiale pe mucoasa capului cornetului nazal inferior, care este cea mai bogată în terminaţii vegetative şi uşor abordabilă. Şedinţele variază ca număr între 1 şi 8, fiind efectuate la un interval de 2—3 zile.

Indiferent de tehnica folosită, toţi autorii au raportat rezultate bune prin reflexoterapie în tulburările de dinamică sexuală de natură funcţională ale bărbatului şi ale femeii.

Tratamentul ejaculării precoce neuropsihice funcţionale

Deoarece ejacularea precoce este, de obicei, expresia unei hiperexcitabilităţi nervoase, se recomandă tratament cu sedative (bromura de calciu, luminalete, *Tinctura valeriane,* Extraveral, Bergonal, tranchilizante şi ataractice). Noi am obţinut rezultate bune prin administrarea de sulfat de magneziu în injecţii i.v. una fiolă/zi (X—XII fiole). Alţi

autori raportează rezultate bune prin administrarea de soluţie de novocaină 2% în injecţii i.m. (18).

Pentru diminuarea excitaţiilor locale ale glandului se utilizează unele unguente anestezice (pomadă cu xilocaină 5% sau cocaină bazică 0,5 g + ulei de măsline 5 ml) sau Rp. Luminal 0,01 g, codeină fosforică 0,015 g, amidopirină 0,20 g pentru o caşetă. *D.s.* int. 3/zi ; sau *Rp.* Extract de beladonă 0,01 g, luminal 0,02 g, antipirină 0,20 g pentru o caşetă ; *D.s.* int. 3/zi.

În ultima vreme au fost raportate rezultate bune obţinute cu două medicamente : guanetidina (Ismelin) şi tioridazina (Tioridazin, Melleril) (4, 6). Cu unul din aceste două medicamente se poate obţine întîrzierea ejaculării sau chiar împiedicarea ei. Guanetidina are un efect simpaticolitic periferic şi inhibează secreţia glandelor accesorii, iar tioridazina realizează o gangliectomie chimică şi împiedică peristaltismul căilor genitale (6). Liessling şi Hunstock au explicat pentru prima oară patologia aspermatismului în cazul administrării de guanetidină. În aspermatismul produs de guanetidină se produce o oprire completă, temporară, a secreţiei glandelor genitale accesorii, dar din cauza unor efecte secundare (miastenie, tulburări vizuale, depresiune, bradicardii, greaţă şi diaree) autorii atrag insistent atenţia asupra pericolului folosirii acestui preparat ca anticoncepţional.

Spre deosebire de hipotensorul guanetidină, neurolepticul tioridazină este în mare măsură lipsit de efecte secundare. Întîrzierea ejaculării sau aspermatismul s-au putut obţine cu cantităţi care erau cu mult sub dozele utilizate în psihiatrie pentru tratamentul psihozelor. Doepfmer (6) a obţinut o întîrziere a ejaculării prin doze de 50—200 mg cu 1—3 ore înaintea unui coit. În cazul acestor doze reduse, unul dintre pacienţi s-a plîns numai de uscăciunea gurii. Numeroase comunicări, în special din literatura anglo-americană, cu privire la un aspermatism după tioridazină, se referă la bolnavi cu psihoze care au fost trataţi timp de săptămîni cu acest medicament şi cu altele sau cu electroşoc. În legătură cu aceasta trebuie relevat că psihozele netratate duc deseori la o tulburare a erecţiei, a ejaculării sau la un aspermatism. Efectul tioridazinei, ca şi al guanetidinei nu este absolut identic

întotdeauna. Pe lîngă o ejaculare întîrziată şi un aspermatism, este posibil să lipsească şi orgasmul, să fie tulburată erecţia, iar libidoul să fie diminuat.

Aceste efecte secundare au fost însă observate pînă acum numai în caz de doze mari şi de administrare pe o perioadă mai îndelungată. Patologia tulburării de ejaculare în cazul tioridazinei diferă de aceea a tulburării de ejaculare provocată prin guanetidină. Acţiunea tioridazinei poate fi comparată cu efectul unei gangliectomii toracolombare. Inhibiţia medicamentoasă a segmentului simpatic toracolombar împiedică peristaltismul canalelor deferente, al veziculelor seminale şi al prostatei, astfel încît nu se produce ejacularea. În schimb, musculatura striată a penisului se află sub influenţa nervilor spinali, astfel încît în cazul unor doze mici, erecţia rămîne de regulă neinfluenţată. Este interesant faptul că pentru nici un alt neuroleptic nu s-a comunicat pînă acum vreun efect asupra ejaculării. Numai Berman a comunicat o inhibiţie a ejaculării provocată de timolepticul dibenzinină (Tofranil) la un bolnav suferind de o psihoză.

Ejacularea tardivă de origine funcţională, neurogenă, poate fi corectată cu o medicaţie care scade pragul de excitabilitate nervoasă (stricnină, cafeină, testosteron, afrodiziace blînde).

În *impotenţa orgasmică* de origine neuropsihică tratamentul constă în sedative destinate să pună pacientul într-o stare intermediară între veghe şi somn. Trebuie evitate aminele psihotone şi alţi excitanţi centrali şi periferici. Cele mai indicate sînt neurolepticele, care prin acţiunea lor asupra diencefalului şi sistemului activator ascendent reticulat nu diminuă facultăţile perceptive şi se arată a fi eficace (29).

Tratamentul nevrozelor sexuale

În nevrozele sexuale se recomandă o medicaţie echilibrantă a sistemului neurovegetativ, în funcţie de tipul de nevroză.

În nevroza obsesivo-fobică, se obţin rezultate cu anxiolitice, asociate cu antidepresive. Toate anxioliticele (diazepam, oxazepam, clordiazepoxid) posedă o oarecare eficacitate. După experienţa unor psihiatri (27) se pare că efectele cele mai bune se obţin cu preparate care se situează la graniţa dintre neuroleptice şi tranchilizante (clorprofixen, tioridazină, dixirazină). Asocierea unui efect neuroleptic blînd cu cel anxiolitic pare să influenţeze cel mai favorabil simptomatologia obsesivo-fobică. În isterie se recomandă metoda dezinhibiţiei farmacologice cu amital-cafeină sau varianta tehnică a narcoanalizei cu Penthotal. În nevroza sexuală din neurastenie, terapeutica este complexă şi variabilă în funcţie de tabloul dominant, astenic iritabil, cenestopat, anxios sau depresiv. La început se impun măsurile de sedare psihică a bolnavului prin tranchilizante, asociate după caz cu neuroleptice (clordelazină, tioridazină) sau cu hipnotice şi sedative, barbiturice (amital sodic, ciclobarbital) sau bromuri. Numai după obţinerea unui efect sedativ hipnotic şi anxiolitic se poate administra o medicaţie psihotonă (metil fenidat etc.) (27).

În formele de impotenţă nevrotică uşoară se pot obţine rezultate bune printr-o psihoterapie directă, care se adresează conştientului.

Conduita terapeutică în impotenţele sexuale psihogene

În primul rînd chiar examenul pacientului, anamneza lui atentă şi înţelegătoare, amicală, fără să dramatizăm situaţia are deja o valoare psihoterapeutică. Medicul trebuie să accepte tulburarea de care se plînge bolnavul, ca pe oricare alta de natură funcţională, şi să încerce să-l convingă că este un incident banal. Este bine ca medicul să evite cuvîntul „impotenţă" şi să utilizeze pe cel de inhibiţie sexuală. Se recomandă pacientului o abstinenţă temporară şi i se dă unele noţiuni de educaţie sexuală. În unele cazuri, este necesar să fie convocată şi partenera, pentru a fi sfătuită să adopte o atitudine înţelegătoare. În alte cazuri, se pot administra şi hormoni androgeni în doze mici, care, prin acţiunea lor fiziologică şi stenică psihică, adesea cresc dinamismul sexual, permiţînd în unele cazuri învingerea inhibiţiei.

Dacă după aplicarea acestor măsuri asociate cu o medicaţie tranchilizantă şi anxiolitice nu s-a obţinut nici o ameliorare, se recomandă psihoterapie efectuată de un

specialist, psihiatru sau psiholog. Tratamentul impotenței psihogene prin psihoterapie urmărește învingerea inhibiției prin mobilizarea forțelor emoționale. În impotențele psihogene reacționale secundare, este indicată narcoanaliza, care este metoda cea mai rapidă și cea mai eficace.

BIBLIOGRAFIE

(Impotența sexuală)

1. Bricaire H. Dreyfus-Moreau J. — Les impuissances sexuelles et leur traitement, Monographies médicales, Ed. Flammarion, 1964.
2. Bricaire H., Dreyfus-Moreau J., Azerad M. M., Derot M., Hamburger J., Netter A., Pequiquat H. *Presse méd., 71 ; 23 ;* 1 653, 1963.
3. Bonnier P. — Défense organique et centres nerveux, Ed. Flammarion, Paris, 1912.
4. Bartova D. și colab. — *Activ. nerv. sup.* (Praha), *7 :* 244, 1965.
5. Dreyfus-Moreau J. — *Sem. Hôp. Paris, 54 :* 2 194, 1959.
6. Doepfmer R. — *Münch. med. Wschr., 24 :* 1 103, 1964.
7. Fraschini A. — *Minerva med., 57 :* 3 823, 1966.
8. Gillet P. — La sympathicothérapie, G. Doin et Cie, Paris, 1939.
9. Girard P. M. — *Rev. Lyon. Méd., 14 ;* 13 : 587, 1954.
10. Hierons R. și colab. — *Lancet,* 2-761, 1966.
11. Hynie J. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 13 ;* 2 : 173, 1962.
12. Ionescu B., Teodorescu Em., Duscov V. — *Viața med., 12 ;* 1 : 35, 1965.
13. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. F. — Le comportament sexuel de l'homme, Pavois, Paris, 1948.
14. Landry M. — Les déficiences sexuelles masculines et la frigidité, Librairie, Maloine S. A., Paris, 1966.
15. Lederer J., Bataille J. P. — *Méd. et Hyg. (Génève),* 641 ; 434, 1964.
16. Milcu St., Stoica T., Coculescu M. — *Obst. și Ginec., 27 ;* 5 : 537, 1969.
17. Milcu St. M., Stoica T. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 2,* 1966.
18. Miliman L. — Clinika i lecenie impotenții. Medghiz, Moscova, 1960.
19. Mutinelli-Szymanski — *Gaz méd. Fr., 70 ;* 1 : 93, 1963.
20. Melzer V., Melzer M. — *Z. ges. inn. Med., 10 :* 468. 1960.
21. Oliven F. J. — Sexual Hygiene and Pathology, J. B. Lippincott Co., Philadelphia — Montreal, 1955.

22. Palazzoli M. — Les déficiences génitales chez l'homme, Masson et Cie, Paris, 1951.
23. Palazzoli M. — L'impuissance séxuelle chez l'homme, Masson et Cie, Paris, 1935.
24. Pancenko E. N. — *Sovetsk. Med., 3 :* 78, 1956.
25. Pearman R. O. — *J. Urol. (Baltimore), 97 ;* 4 : 716, 1967.
26. Porudominski M. — *Urologija, 3 :* 25, 1961.
27. Predescu V. și colab. — Terapia psihotropă, Ed. medicală, București, 1968.
28. Rene H. — *Ent. Bichat,* 395, 1967.
29. Roche P. — *Méd. et Hyg. (Génève), 25 ;* 802 : 1 274, 1967.
30. Sănreanu V., M. Măicănescu — Introducere în sexologia masculină, Ed. medicală, București, 1966.
31. Sancier J. — *Un. méd. Can., 84 ;* 9 : 1 012, 1966.
32. Stoica T. — *Viața med., 18,* 1969.
33. Stoica T., Păunescu C., Deculescu A., Trutzer T. — Carte pentru tineri. Ed. medicală, București, 1968.
34. Stoica T., N. Simionescu — *Stud. Cercet. Endocrinol., 1,* 1966.
35. Stoica T., Tache A., Teodorescu S., Coculescu M. *Fiziol. norm. și pat. 15 ; 1 :* 20, 1970.
36. Teodoru M. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 15 :* 4—341, 1964.
37. Walker, K., Strauss B. E. — Sexual Disorders in the Male, Hamilton, Londra, 1948.
38. Wan Niederhausen — *Méd. et Hyg. (Génève), 802 :* 1 280, 1967.

PRIAPISMUL

Priapismul se caracterizează printr-o stare de erecție continuă, dureroasă, adesea ireductibilă, neindusă și neînsoțită de excitații sexuale, și care nu ajunge la ejaculare.

Există priapismul adevărat, care corespunde definiției și pseudopriapismul, care traduce o erecție prelungită și reversibilă, care apare intermitent ca o consecință a unor puseuri evolutive, inflamatorii ale tractului genitourinar inferior.

Această afecțiune este rară, cu o incidență de 0,05% (9). Lombardi evalua că numărul cazurilor de priapism din literatură la acea dată (1965) nu depășea 450 (3).

După vîrstă, incidența cea mai mare este între 20 și 50 de ani. Afecțiunea survine și în afara acestor limite de vîrstă ; astfel, la negrii din S.U.A. atinși de anemie

cu celule falciforme, priapismul apare la o vîrstă mai tînără (58% din bolnavii lui Hassen și Raines aveau mai puțin de 12 ani).

SIMPTOMATOLOGIE

Cel mai frecvent, afecțiunea debutează subit și nocturn. Ea poate apărea după un raport sexual însoțit de hipererotism ; mai rar, debutul este progresiv, fenomenul constituindu-se în mai multe zile, mergînd pînă la săptămîni. O dată instalată erecția permanentă, aceasta devine rapid și dureroasă. Penisul devine exagerat de mare, placat pe peretele abdominal, este cald, adesea edematiat și cianozat. Ceea ce frapează la palpare este turgescența de consistență lemnoasă a corpilor cavernoși ai penisului în raport cu corpul spongios, care este mai puțin sau de loc dilatat ; glandul rămîne mic. Astfel, penisul ia aspectul unui con efilat la extremitatea lui. Durerile sînt aproape întotdeauna prezente și variabile ca intensitate, mergînd pînă la dureri atroce, orice contact fiind prilej de suferință. Bolnavul devine anxios. Semnele urinare sînt absente sau rare, deoarece integritatea corpului spongios permite micțiunea normală. În ceea ce privește comportamentul sexual este caracteristică absența libidoului, atît în timpul instalării, cît și în tot cursul bolii. Totuși, în cîteva cazuri s-a semnalat în timpul primelor zile ale bolii o exagerare tranzitorie a libidoului. Ejacularea este, de obicei, absentă sau rar cînd există este însoțită de durere.

Durata bolii este variabilă de la cîteva zile la mai multe luni sau ani de zile. Complicațiile care pot surveni sînt infecția și gangrena organelor genitale, care survin deseori postoperator.

În vederea precizării diagnosticului etiopatogenic, se recomandă un examen clinic complet general și unul local genital. Prin injectarea unei substanțe de contrast direct în gland sau în corpii cavernoși se obțin penocavernograma și, respectiv, uretrocavernograma.

Diagnosticul diferențial nu pune în general probleme. Priapismul adevărat trebuie diferențiat de pseudopriapism. Ar mai putea intra în discuție și o altă afecțiune, induratia plastică a penisului (maladia Peyronie).

În ceea ce privește prognosticul, restabilirea totală a funcției erectile este problematică și rară.

ETIOLOGIE

Din punct de vedere etiologic, D. Tuchschmid (9) propune următoarea clasificare :

A. *Priapisme în aparență primitive („idiopatice").* Unele dintre acestea pot fi cauzate de :

— performanțe erotice prelungite ;

— stări psihice patologice (fantasme, oboseli, traume psihice) ;

— leziuni corticale, encefalite, tumori ;

— alterări medulare : strangulații, scleroză în plăci, tabes, tumori, tuberculoză ;

— reflexe provocate de stimuli locali de vecinătate (foarte rar priapismul poate surveni consecutiv unei dilatații anale sau parazitoze intestinale).

B. *Priapismele secundare* sînt cele determinate de o afecțiune cauzală, cunoscută, situată sau nu în sfera urogenitală. În această grupă se încadrează următoarele forme :

1. Priapisme de origine locală mecanică, în care tulburarea circulatorie este primitivă și dominantă (alterații ale sîngelui, susceptibile să crească viscozitatea sanguină sau diminuarea conținutului în oxigen) :

— priapismele leucemice cu o frecvență de 25—30% ;

— priapismele din hiperplachetoze ;

— priapismele din anemiile cu celule falciforme și alte hemoglobinoze (6) ;

— priapismele din hemofilie (rare) ;

— priapismele din intoxicațiile cu plumb, cu oxid de carbon.

2. Priapisme prin obstacol mecanic privind eliminarea sîngelui din corpii cavernoși :

— Traumatisme care dau plăgi deschise ale scrotului sau ale penisului sau simple contuzii uretrale sau scrotale ;

uneori, chiar atingerea instrumentală a uretrei care poate antrena formarea unui abces periuretral.

— Tromboflebite ale corpilor erectili sau ale venelor eferente. Punctul de plecare a infecției poate fi primitiv (cavernite) sau dintr-un focar juxtauretral sau îndepărtat (o flebită pelviană profundă, o apendicită acută).

— Cancer al corpilor cavernoși. Neoplaziile primitive sînt mai rare în raport cu infiltrațiile metastatice cu sediul în vecinătate : vezică urinară, prostată, rect sau testicul. Se citează cazuri de metastaze venite de la distanță din neoplasme de ficat, rinichi, plămîni. Mecanismul tulburării circulatorii poate fi distrucția și invadarea prin celule neoplazice a corpilor cavernoși sau a capilarelor venoase sau consecutiv unei staze sanguine prin obstacol privind întoarcerea venoasă.

— Unele cauze generale care pot duce la priapism sînt următoarele : febra tifoidă, paludismul, tularemia, oreionul, tuberculoza etc. Priapismul mai poate apărea ca o complicație în cursul unei boli metabolice (gută, diabet zaharat). S-a mai semnalat și priapismul afrodiziac după iohimbină, cantaridă, administrare intempestivă de testosteron.

FIZIOPATOLOGIE

Mecanismul erecției normale ca un fenomen esențial vascular este asigurat prin jocul complex al vasodilatației și vasoconstricției arteriale și venoase.

Declanșarea erecției este comandată de un centru erector situat în măduva sacrată. Impulsurile centripete tactile parvin la acest centru prin nervul rușinos intern ; de asemenea, prin impulsuri descendente din centrii superiori, născute din senzațiile vizuale, auditive sau psihice.

Libidoul se elaborează în hipotalamus și sistemul limbic (4). Centrul medular sacrat, pe calea nervilor erectori (Eckart), ale căror fibre sînt cu predominanță vasodilatatoare, comandă un aflux de sînge în corpii cavernoși. Acest aflux este menținut prin jocul diferitelor mecanisme care se opun evacuării prea rapide a corpilor erectili.

În mare, schematic, după Tuchschmid (9), fenomenele neurocirculatorii ale erecției se produc în două stadii : primul este predominant de origine nervoasă și constă într-o vasodilatație reflexă și o reumplere a sistemului areolar a organelor erectile ; al doilea este circulator, staza sanguină fiind menținută grație stazei venoase prin punerea în tensiune a pereților trabeculari și, posibil, prin contracția mușchilor ischio-cavernoși.

Pe baza acestui mecanism fiziologic al erecției, se poate aborda fiziopatologia priapismului.

Patogenic, putem distinge priapismul de origine neurogenă și priapismul determinat de o cauză locală.

Priapismele de origine nervoasă se datoresc unei alterări într-un punct oarecare a arcului reflex care declanșează erecția : o inflamație sau o tumoare a zonelor uretrale posterioare, a vezicii, a perineului, a părții distale a uretrei (spină iritativă) sau o leziune pur neurologică (arahnoidită sau tumoare a măduvei lombare).

Atingerea măduvei cervicale este direct responsabilă de erecții frecvent observate la paraplegici.

Deci stimularea este variabilă, dar răspunsul constă în apariția unei erecții totale, anormale, prin absența libidoului și prin durata ei. Alterarea arcului reflex conduce, cel puțin la început, la constituirea unui pseudopriapism. Priapismul adevărat se constituie cînd fenomenele locale, consecutive stimulării nervoase, scapă controlului nervos și determină o afecțiune autoîntreținută local. Staza sanguină locală ridică tensiunea în CO_2 și induce o creștere relativă a viscozității sanguine, care antrenează ea însăși o dificultate în evacuarea sanguină prin capilarele de întoarcere ; apoi se obstruează chiar aportul de sînge proaspăt arteriolar. Se creează astfel un cerc vicios, boala întreținîndu-se local și devenind ireversibilă și progresivă.

În priapismul ca boală locală lipsește declanșarea nervoasă, dar sînt prezente o cauză vasculară sau sanguină sau un obstacol mecanic, care duc la instalarea fenomenelor cu punct de plecare local. Astfel, o aglomerare de leucocite, ca în leucemii, o hiperviscozitate sanguină, indusă de o anemie cu celule falciforme, o hiperplachetoză, tu-

moare, tromboflebită sau un traumatism determină apariția priapismului.

În unele cazuri, mai rar, o simplă erecție fiziologică poate rupe echilibrul fragil și induce o stază sanguină durabilă, cu hemoconcentrație și obstrucție capilară. Dacă retenția se prelungește, acest lucru poate avea repercusiuni ireversibile asupra endoteliului și pereților corpilor cavernoși.

TRATAMENT

Acesta constă într-o terapie medicală etiologică a afecțiunii cauzale.

Se recomandă sedative nervoase, tranchilizante, antispastice, hipnoză, cură de somn, anestezie generală sau regională. Anticoagulantele trebuie instituite precoce pentru a avea o șansă de succes (1,6). Corticoterapia sau butazolidina au efecte incerte. S-au comunicat succese prin tratament cu fibrinolizină (2).

Tratamentul cu ACTH a dat rezultate în priapismul din anemia cu celule falciforme. Pontus și Boustarn (citați de 9) semnalează cazul unui priapism leucemic remis prin radioterapie splenică.

În priapismul primitiv tratamentul chirurgical rămîne singura terapeutică valabilă. Cele două procedee utilizate de foarte mult timp rămîn : aspirația corpilor cavernoși (Key și Colstein) și cavernotomia prin incizie laterală dublă la baza penisului cu sau fără drenaj. Se preferă ca intervenția să fie completată cu spălături de ser heparinat sau cu o soluție de enzime fibrinolitice. Recent Grayack și colab. au relatat un procedeu operator care constă în derivarea corpilor cavernoși printr-un șunt venos stabilit cu vena safenă. Diferiți autori relatează rezultate, satisfăcătoare din punct de vedere anatomic, prin metode chirurgicale (1, 7, 8, 10).

BIBLIOGRAFIE

(Priapismul)

1. Grace, Donald A., Winter, Chester G. — *J. Urol. (Baltimore) 99 ;* 3 : 301, 1968.
2. King L. — *J. Urol. (Baltimore), 29 :* 692, 1964.
3. Lombardi R. — *Minerva med., 56 :* 4 420, 1965.
4. Milcu Șt., Stoica T., Coculescu M. — *Obstet. și Ginec., 27 :* 6, 1969.
5. Pollitt E. — *J. Nerv. ment. Dis., 139 :* 161, 1964.
6. Ribstein M., Yoyo M. — *Sem. Hôp. Paris, 17 :* 1 076, 1966.
7. Smith M. — *J. Urol. (Baltimore), 92 :* 297, 1964.
8. Sesea G. — *Minerva urol., 18 :* 50, 1966.
9. Tuchschmid D. — *Méd. et Hyg. (Genève), 802 :* 1 286, 1967.
10. Wertheimer și colab. — *Lyon chir., 50 ;* 6 : 725, 1955.

APAREUNIA ȘI HEMIPAREUNIA

(Copulațiile imposibile sau incomplete)

În cele ce urmează se vor prezenta situațiile în care copulația nu poate avea loc, deci este imposibilă *(apareunia)* sau este incompletă *(hemipareunia)* din cauza unor anomalii congenitale sau dobîndite ale organelor genitale masculine sau feminine.

ANOMALII CONGENITALE

ANOMALII ALE ORGANELOR GENITALE MASCULINE

În mod normal, de-a lungul șanțului care separă glandul de corpul penisului se inseră o cută de tegument numită prepuț. În timpul coitului, prepuțul penisului în erecție se retractă de pe gland.

Fimoza este cea mai frecventă malformație și constă într-o strangulare congenitală a orificiului prepuțului, care împiedică descoperirea glandului penisului și produce dificultate la coit. Dacă manșonul astfel format este foarte strîns, glandul se află încorsetat (încarcerat) ; apoi survin fenomene congestive mai mult sau mai puțin intense, bolnavul este jenat la micțiune și acuză dureri. Uneori, se produce ulcerația țesutului sub prepuț, ceea ce favorizează infecția. Tratamentul constă din circumcizie. În unele

centre se practică preventiv această circumcizie de la naștere, în scop igienic.

Ideea că glandul circumcis ar avea o sensibilitate crescută nu corespunde cu realitatea. Testarea sensibilității exteroceptive și tactile pe fețele dorsală și ventrală a penisului și de pe gland a arătat că nu este nici o diferență clinică semnificativă între glandul circumcizat și cel normal. Studiul s-a efectuat la 35 de bărbați fără circumcizie, comparativ cu un lot de bărbați cu circumcizie.

Hipospadiasul. Normal la extremitatea penisului, în vîrful glandului se deschide meatul urinar. Uretra străbate central organul copulator masculin.

Hipospadiasul este o malformație dată de oprirea în dezvoltare a uretrei la embrion. În loc de a ajunge pînă la extremitatea penisului, meatul uretrei se poate deschide într-un punct oarecare a fetei inferioare a acesteia, de la perineu pînă la gland. Cînd meatul uretral se deschide la baza penisului, anomalia poartă numele de hipospadias perineal, forma cea mai avansată. Dar forma cea mai frecventă este hipospadiasul balanic, în care caz meatul uretral se deschide pe fața inferioară a glandului.

ANOMALII ALE ORGANELOR GENITALE FEMININE

Dacă asupra dezvoltării embrionului între a 56-a zi și a 90-a zi, perioadă în care se edifică organele genitale interne feminine, acționează factori nocivi, procesul normal de sexualizare poate fi tulburat și apar anomalii. Acestea pot fi : absența congenitală a vaginului, uter dublu cu vagin dublu, uter dublu cu vagin unic sau uter unic, separat în două porțiuni printr-un sept median, sau un vagin cu sept longitudinal sau transversal. Pentru explicarea apariției acestor anomalii să facem apel la organogeneza în condiții normale.

La embrion, cordonul urogenital cuprinde două feluri de conducte : două canale Wolff și două canale Müller. Pînă în a 57-a zi de dezvoltare a embrionului, aceste struc-

turi sînt într-o fază ambosexuală şi au o potenţialitate evolutivă fie către organele genitale interne feminine, fie către cele masculine. După această dată şi pînă la sfîrşitul lunii a treia are loc diferenţierea sexuală din canalele Müller, a tractului genital intern feminin şi a celui masculin din canalele Wolff, în sensul sexului gonadic.

La sexul feminin, canalele Wolff regresează şi apoi dispar complet, în schimb se dezvoltă canalele Müller.

Cele două canale Müller în cursul evoluţiei lor se apropie şi apoi se alipesc complet pe porţiunea celor două treimi inferioare ; ulterior, septul median dintre cele două canale se resoarbe, dispare şi se formează o singură cavitate, care va forma uterul în sus şi vaginul în jos, separate printr-o proieminenţă, colul uterin.

Treimea superioară a celor două canale persistă în număr de două şi va forma cele două trompe, cu pavilioanele lor.

Absenţa congenitală a vaginului la nou-născut, se explică printr-o oprire în dezvoltarea părţii bazale a canalelor însă uterul se va dezvolta normal ; această situaţie este eventualitatea cea mai rară. Cel mai frecvent însă, se produce o alipire a celor două canale pe toată lungimea lor, alipire definitivă şi atunci vor lipsi : vaginul, uterul şi trompele.

Dacă pe o anumită porţiune canalele Müller rămîn îndepărtate, nu se alipesc şi se dezvoltă izolat, atunci se ajunge la formarea a două utere cu două coluri uterine bine dezvoltate şi cu două vagine distincte.

Femeile cu astfel de anomalii au, de obicei, avorturi repetate sau naşteri premature.

Lipsa de acolare numai a porţiunii superioare a celor două canale Müller duce la constituirea a două utere, cu două coluri şi cu un singur vagin.

Într-o altă eventualitate lipseşte absorbţia septului median (care normal are loc în luna a IV-a) şi atunci va rezulta un uter unic, dar separat în două printr-un sept median sau, dacă septul persistă pînă la bază, apare şi vaginul septat longitudinal.

Femeile care au uter despărţit printr-un sept longitudinal, sînt predispuse la avorturi repetate, dacă oul s-a implantat pe sept.

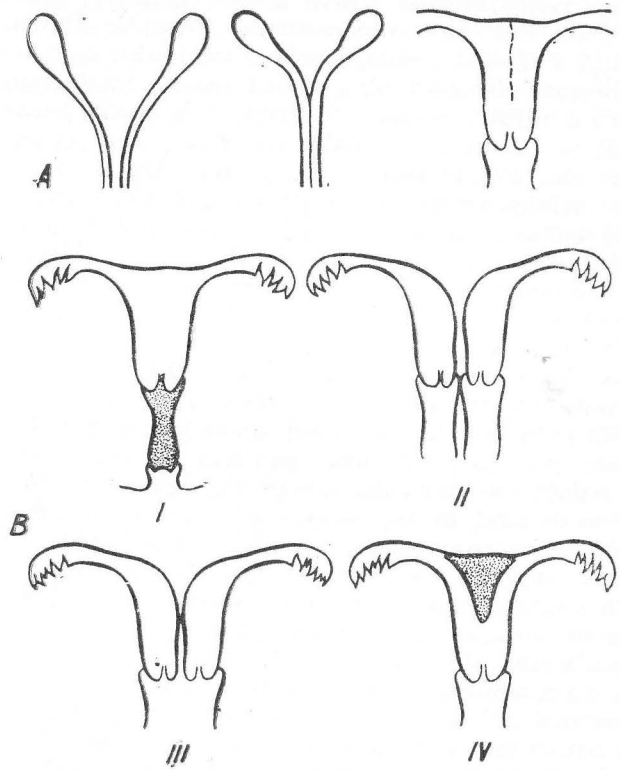


Fig. 17. — Anomaliile congenitale ale tractului genital intern feminin.

A — acolarea canalelor Müller şi resorbţia septului median ; *B* : *I* — absenţa congenitală a vaginului ; *II* — dublu uter şi dublu vagin ; *III* — dublu uter şi vagin unic ; *IV* — uter despărţit prin sept median.

ABSENŢA CONGENITALĂ A VAGINULUI

Absenţa congenitală a vaginului este o anomalie destul de rară. Din componenţa căilor genitale feminine poate lipsi uneori vaginul ; alteori lipsa acestuia se poate asocia şi cu absenţa uterului. Cînd uterul totuşi există, el este

mic, rudimentar și nu are valoare funcțională. Deoarece din același mugure urogenital se dezvoltă atît căile genitale, cît și cele urinare, este posibil să se asocieze și malformații renoureterale. Vulva acestor bolnave, în majoritatea cazurilor, are o constituție normală. Punerea în evidență a absenței congenitale a vaginului este posibilă la pubertate, deoarece pînă atunci această malformație nu dă nici o tulburare. La pubertate, fata poate prezenta o dezvoltare feminină normală (datorită prezenței ovarelor sau a unui singur ovar) ; totuși, menstruația nu apare. În majoritatea cazurilor, fata nu acuză nici dureri abdominale ciclice, care să ne facă să ne gîndim la venirea menstrei, care nu ajunge să se exteriorizeze. Lipsa durerilor și a semnelor de hematocolpos ne face să ne gîndim la absența congenitală a vaginului. După statistica lui F. Mathieu (vezi 3, la bibliografia cap. *„Tulburările sexuale la femeie"*) în 84,3% din cazuri nu există crize dureroase abdominale. Amenoreea, fără alte tulburări, persistă pînă la căsătorie, cînd apare tulburarea de copulație sau pînă la o explorare genitală din cauză de boală. Dacă există un uter mic, hipoplazic, femeia poate acuza, din cînd în cînd, dureri abdominale atipice greu de interpretat în ceea ce privește semnificația lor. Uneori, trebuie cercetat dacă nu există un vagin atrezic sau dacă nu cumva vaginul există, însă nu comunică cu vulva, ci cu vezica urinară. În aceste cazuri, foarte rare, anomalia se va manifesta prin emiterea periodică de urini sanguinolente, corespondente pierderilor menstruale.

Tratamentul chirurgical în absența congenitală a vaginului are drept scop crearea unui vagin nou. Anatomia acestei regiuni genitale, cît și dezvoltarea tehnicii chirurgicale permit crearea unui neovagin prin diverse tehnici. Unele procedee chirurgicale utilizează grefe cutanate sau grefe amniotice, plastii rectale (Schubert) sau procedee de calibraj, fără grefe de neovagin. Procedeul lui T. Frank, cel mai simplu, utilizează caracteristicile spațiului intervezicorectal, care conține un țesut lax și permite invaginarea în sus a mucoasei vestibulare, pentru a o transforma în diverticul și a obține un canal.

Data cea mai potrivită pentru intervenția operatorie este la vîrsta începerii vieții sexuale a femeii, cînd organismul, fiind tînăr, este mai propice pentru prinderea grefelor. Nu este locul aici să intrăm în amănuntele plastiei chirurgicale, ci numai să arătăm că greutatea constă în a crea un nou vagin suplu și care să se mențină, fără să sufere retracții sau lipire secundară a pereților și să permită acuplări în condiții cvasinormale. Deși aceste deziderate nu sînt ușor de îndeplinit, totuși unele procedee chirurgicale reușesc să creeze un nou vagin, care permite o viață sexuală normală.

Este interesant și important de amintit că o dată vaginul constituit satisfăcător, răspunde și are reacții fiziologice aproape ca cele ale vaginului natural ; stimularea sexuală eficace a lui fiind ceva mai redusă ca rapiditate și în intensitate.

SEPTURILE VAGINALE CONGENITALE

Septurile vaginale congenitale pot avea două situații față de axul vaginului : transversale sau longitudinale.

Septurile transversale se întîlnesc, de obicei, la distanță de vulvă, la unirea treimii superioare a vaginului cu treimea mijlocie. De regulă, aceste membrane transversale sînt perforate astfel, încît calea vaginală rămîne permeabilă atît pentru eliminarea sîngelui menstrual, cît și pentru copulație și fecundare. Cînd membrana nu este perforată, bolnava acuză semnele descrise la himenul imperforat, cu deosebirea că acumularea sîngelui menstrual are loc la distanță de vulvă. În cazul membranelor transversale perforate, actul sexual este normal, deoarece septul este la distanță, are elasticitate și se lasă destins. Singurul inconvenient este sterilitatea, care se poate datora unui orificiu mic al septului, care îngreuiază pătrunderea spermatozoizilor spre colul uterin. O caracteristică a acestor malformații este apariția lor izolată, neînsoțită de alte defecte congenitale.

Tratamentul este simplu. Septurile imperforate se incizează sub protecție de antibiotice. Incizia nu este necesară în cazul septurilor perforate, mai ales dacă au o poziție mai înaltă, la distanță de vulvă ; în cazul cînd membrana, deși permeabilă, nu permite totuși actul se-

xual în condiții normale, sau în caz de sarcină, pentru evitarea eventualelor dificultăți la naștere, se impune totuși incizarea largă a septului.

Septurile longitudinale sînt membrane suple care separă cavitatea vaginului în două loji, mai mult sau mai puțin egale, creîndu-se astfel două vagine (vaginul dublu), care uneori se continuă la rîndul lor cu două utere. Este evidentă astfel diferența importantă dintre septul transversal și cel longitudinal, care constă în aceea că septurile longitudinale sînt însoțite și de alte malformații congenitale. Celor două vagine le corespund două utere inegale, atît ca dezvoltare morfologică, cît și în ceea ce privește capacitatea lor funcțională. Anomalia este descoperită uneori abia atunci cînd femeia, din cauza unei dismenorei violente sau a altei acuze ginecologice, ajunge să consulte medicul. Alteori, un tușeu vaginal în timpul unei sarcini sau o naștere dificilă creează medicului posibilitatea să depisteze malformația. În unele cazuri de sterilitate poate fi incriminat vaginul dublu, dacă în timpul copulației utilizarea uneia dintre lojile vaginale corespunde cu unul dintre utere, inapt funcțional pentru nidarea oului sau inapt pentru dezvoltarea sa. În general, vaginul dublu permite o viață sexuală normală. Totuși sînt unele cazuri de dispareunie și de vaginism care se produc din cauza acestei malformații.

Vaginul dublu poate crea uneori situații în aparență inexplicabile, atunci cînd femeia sau bărbatul nu are cunoștință de existența anomaliei.

Tratamentul vaginului dublu se impune numai în cazurile cînd malformația determină tulburări în viața sexuală a femeii, iar operația constă în incizarea septului de jos în sus.

Chirurgul trebuie să fie atent (atunci cînd a ajuns cu incizia in fundul de sac vaginal), dacă cele două coluri uterine sînt orientate normal (paralel) sau, dimpotrivă, convergent, în care caz, printr-o incizie între coluri, se dă orientarea fiziologică. Uneori, situația de vagin dublu nu produce nici un inconvenient, iar actul sexual, sarcina și nașterea sînt perfect normale.

În literatură, se citează cazuri de femei care au prezentat septuri vaginale complete, cu două utere, două coluri, dintre care unele nu au fost operate și au dus viață sexuală normală.

HIMENUL IMPERFORAT

În această situație anormală nu există un orificiu al himenului care să permită scurgerea menstrei și să faciliteze ruptura himenului la primul contact sexual. Este ușor de înțeles că, datorită unei lipse de comunicare a vaginului cu exteriorul, sîngele menstrual, care nu se poate evacua, se acumulează în vagin (hematocolpos) sau poate fi reținut mai sus, în uter sau în trompe. Acest fenomen se produce, desigur, la pubertate, o dată cu venirea primei menstre. Diagnosticul este ușor de pus în această perioadă cînd fata așteaptă menstra și, în loc de venirea ei, ea acuză dureri ritmice, care ne fac să ne gîndim la o menstră neexteriorizată. La pubertate aceste fete vin, de obicei, să consulte medicul pentru lipsa menstrei și pentru dureri periodice, caracteristice. Alteori, crizele sînt mai puțin nete și amenoreea este aproape liniștită. La examenul medical al tinerei fete, din cauza retenției sîngelui menstrual mai sus în căile genitale, se palpează o formațiune abdominală care, prin compresiune pe vezica urinară, poate da și retenție de urină. Frecvent, între labiile mici bombează o colecție păstoasă, care, prin transparența himenului, apare de culoare hematică : este un hematocolpos. Tratamentul în cazul himenului imperforat comportă suprimarea obstacolului printr-o simplă incizie. În unele cazuri însă, septul imperforat formează un disc mai gros pe margini decît în centru și, cu toată incizia făcută, marginile rămîn rigide și pot să jeneze cu ocazia raporturilor sexuale. Din această cauză este necesar ca incizia să fie urmată de o sutură exactă, mucoasă cu mucoasă, a marginilor himenale respective. Dacă imperforația himenului se însoțește însă de acumularea de sînge mai sus pe căile genitale [în uter (hematometrie) sau în trompe (hematosalpinx)], ea necesită o intervenție chirurgicală mai dificilă, pe cale abdominală.

ANOMALII DOBÎNDITE

STENOZELE GENITALE DOBÎNDITE ÎN CURSUL VIEȚII SEXUALE

Dacă asupra căilor genitale normale acționează, în decursul timpului, diferiți factori traumatici, infecțioși sau toxici, aceștia pot provoca strîmtorări, cicatrizări, modificări de poziție a organelor genitale, care dăunează relațiilor sexuale și sănătății femeii. Astfel, în timpul defloririi brutale (cu rupturi vaginale), în urma unei nașteri grele sau aplicării greșite de forceps, a utilizării de substanțe caustice în căile vaginale, în urma unor intervenții chirurgicale pe organele genitale, se pot produce leziuni a căror vindecare duce la cicatrice stenozante, care strîmtorează și deformează lumenul căilor vaginale. Aceste leziuni pot duce pînă la completa impermeabilitate, cu toate consecințele ei. Rezultatele procedeelor chirurgicale de înlăturare a acestor stenoze sînt mediocre ; mult mai eficace este profilaxia lor prin evitarea factorilor etiologici stenozanți.

TULBURĂRILE SEXUALE LA FEMEIE

VAGINISMUL

Vaginismul reprezintă o stare anormală a femeii, în care copulația este imposibilă din cauza unei contracturi reflexe și involuntare a musculaturii perineului și a ridicătorilor anali. Tentativa ca organul copulator masculin să pătrundă în vagin rămîne fără rezultat din cauza acestei hipertonii spastice a musculaturii amintite, care închide astfel calea. Deseori se asociază și contractura mușchilor adductori ai coapsei, făcînd imposibilă depărtarea lor.

Femeia descrie acest fenomen astfel : „soțul meu luptă contra unui obstacol (baraj)“ sau „eu aș dori să am relații sexuale, dar am teamă“. Alteori, femeia nu consultă pentru această dificultate sexuală, ci pentru sterilitate sau altă acuză genitală, iar medicul cu această ocazie descoperă vaginismul.

Totul se explică prin apariția unui reflex de apărare împotriva coitului. Punctul de plecare a contracturii reflexe este determinat de contactul dintre organul copulator masculin și mucoasa vulvară hipersensibilă. Hipersensibilitatea vulvovaginală (hiperestezia) poate declanșa reflexul de apărare nu numai la tentativa de intromisiune a penisului, ci și la încercarea unui tușeu manual sau instrumental. Din această cauză, examenul genital cel mai banal este adesea imposibil sau este efectuat incomplet.

În unele cazuri, vaginismul se produce după intromisiunea penisului în vagin, în care caz bărbatul rămîne un timp în această postură (în imposibilitatea de a se retrage), fenomen denumit *penis captivus.*

Aşa cum remarcă unii autori, copulaţia creează vaginismul şi devine propria ei victimă.

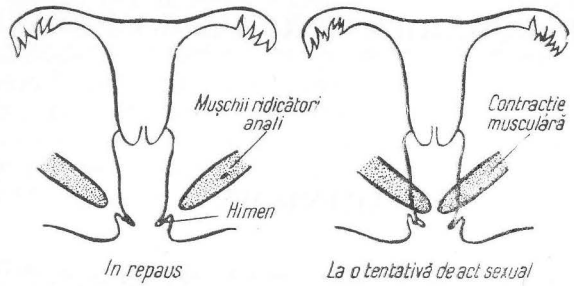


Fig. 18. — Mecanismul vaginismului (schematic) (după Hélène Michel Wolfromm).

Ca mecanism, contractura reflexă din vaginism se poate compara cu închiderea involuntară a pleoapelor, cînd se instilează o picătură de colir în ochi. Femeia descrie contractura vaginală ca pe o stare involuntară. De fapt, fenomenul apare la aceste femei pe un fond de anxietate, de teamă de a fi penetrate şi rănite. În discuţia cu bolnava, medicul află că pacienta intra în panică şi în alte ocazii (la dentist, cu ocazia unei injecţii sau unei recoltări de sînge, la vederea unor instrumente chirurgicale etc.). Un alt element favorizant al vaginismului este ignoranţa femeii, care îşi imaginează greşit coitul în funcţie de reprezentările ei fanteziste infantile. La acestea se mai adaugă întotdeauna sentimentul de jenă şi de pudoare exagerată pentru actul sexual.

Ar fi de aşteptat ca manifestările erotice la femeile cu vaginism să fie inhibate ; în realitate, situaţia este contrarie. Ele sînt capabile de excitaţii şi jocuri erotice, dar pentru ele manifestările de tandreţe sînt mai importante decît penetrarea. Cu toate acestea, apare dorinţa de copulaţie, care se loveşte însă de un refuz inconştient faţă

de actul sexual. Este interesant că, vaginismul persistă şi devine mai net, proporţional cu creşterea dorinţei femeii de copulaţie.

De obicei, vaginismul apare la fata virgină, chiar de la primele tentative de raport sexual, situaţie care rănește în amorul propriu şi pe soţul, care în fond este nevinovat. Uneori însă, bărbatul contribuie la apariţia vaginismului prin stîngăcia lui, prin brutalitatea şi egoismul de care uneori dă dovadă. Vaginismul poate apare uneori şi în cursul vieţii adulte sexuale a femeii sau spre declinul activităţii ei genitale (la menopauză sau postmenopauză).

La examenul obiectiv ginecologic, care este imposibil de efectuat complet de la început şi numai cînd pacienta „se lasă" examinată (uneori numai sub anestezie), se constată în unele cazuri că himenul este deja rupt, iar posterior lui vaginul apare retractat. Contractura căii vaginale este uneori atît de intensă, încît reduce calibrul canalului vaginal atît de mult, permiţînd doar introducerea unei pipete fine sau a unei sonde canelate.

Personalitatea femeii cu vaginism este bine caracterizată de către Leonard Friedman în lucrarea sa „Virgin Wives". În practica ginecologică se cunosc exemple de cupluri căsătorite de 5—10 sau chiar 20 de ani, care nu au avut relaţii sexuale niciodată.

Autorul descrie trei portrete evocatoare ale femeii cu vaginism. Primul portret este al unei tinere fete gracile, crescută departe de preocupările şi pericolele vieţii sexuale, protejată de părinţii ei şi complet ignorantă. Dar în noaptea nunţii sau cu ocazia primului raport sexual îi este teamă de consumarea actului sexual pe care-l asimilează unui comportament bestial şi, de asemenea, îi este teamă de durerile ce i le-ar putea provoca. Al doilea portret este cel al femeii agresive, dominatoare, care nu acceptă ca soţ sau partener decît pe acel bărbat care ştie s-o domine, iar în caz contrar ea îşi va exercita dominaţia asupra unui soţ resemnat. Al treilea portret se referă la femeia care nu doreşte pe bărbat, ci numai copilul pe care l-ar putea avea cu el ; astfel că actul sexual nu-i motivat decît prin aspiraţia sa spre maternitate. Aceste tipuri ale femeii cu vaginism, nu sînt totdeauna

atît de strict delimitate, ci deseori, se asociază la aceeași individă mai multe trăsături (inhibiție cu voință de dominare și chiar cu unele manifestări de negare a bărbatului).

În practică cel mai adesea soțul unei astfel de femei cu vaginism este un bărbat fără autoritate, prea amabil și în general ignorant și inexperimentat. Multe din aceste femei sînt căsătorite cu bărbați virgini. Alteori este vorba de subiecți al căror libido este slab sau care sînt aproape impotenți și care după o încercare timidă și nereușită de a avea un raport sexual, renunță ușor. Întîlnirea unei femei, care are o predispoziție constituțională deosebită la vaginism, cu un astfel de bărbat, favorizează apariția anomaliei. De aceea unii autori încadrează această anomalie ca o boală de cuplu. Alt autor (R. Held) explică apariția contracturii musculaturii perineale și perivaginale ca datorită unei predominanțe a ortosimpaticului asupra parasimpaticului, generată de anxietatea femeii.

Formele clinice. Din punct de vedere etiopatogenic se disting *vaginisme primitive* (de cauză necunoscută în 4/5 din cazuri ; apar la debutul vieții sexuale) și *vaginisme secundare* sau *simptomatice,* care apar mai tîrziu, în cursul vieții genitale adulte și se instalează brusc, consecutiv unor evenimente importante (naștere, postoperator, afecțiuni genitale, menopauză, castrare chirurgicală sau radioterapică). În aceste cazuri, lezarea integrității corporale reprezintă un element de sensibilizare, un fel de spină iritativă pe care se fixează anxietatea și care persistă chiar după vindecarea clinică a afecțiunii.

E. Polosson (3), pe o statistică de 45 de cazuri de vaginism, a găsit : 22 de cazuri de vaginism primitiv, 6 cazuri de vaginism secundar simptomatic, 11 vaginisme de cauză hormonală și 6 de cauză rară.

VAGINISMELE PRIMITIVE

Vaginismele primitive sînt caracterizate prin absența unor leziuni anatomice. Examenul genital făcut cu atenție nu pune în evidență nici o modificare anatomică. O dovadă a integrității morfologice și funcționale a organelor genitale este și posibilitatea sarcinii. La majoritatea femeilor cu vaginism există însă tulburări nevrotice și psihice, care pot duce la o sensibilitate exagerată (hiperestezie) a mucoasei organelor genitale. În același timp, vaginismul, o dată apărut, funcționează ca un factor de întreținere și de agravare a nevrozei sau psihozei. Femeile cu vaginism au dorință sexuală, nu le este teamă de actul sexual, ci dimpotrivă îl doresc, dar starea lor particulară neuropsihică duce la apariția hipersensibilității. Vaginismul primitiv apare aproape de regulă la începutul vieții sexuale a femeii. În multe cazuri, vaginismul zis „primitiv" se asociază cu dismenoreea (dureri menstruale). De obicei, la vaginism se adaugă sterilitatea ; cu toate acestea, unii autori citează cazuri în care sarcina a fost posibilă, deși coitul a fost numai vulvar, și în care vaginismul a persistat și după naștere.

Uneori pentru ca să se producă vaginismul este suficientă numai schițarea unor gesturi din partea partenerului. Alteori, numai ideea însăși de copulație din partea femeii duce la apariția fenomenului. Astfel partenerii rămîn nemulțumiți, fiecare într-o tensiune nervoasă și erotică, lipsiți de posibilitatea destinderii. Examenul local, ginecologic al acestor paciente va trebui să fie delicat și lipsit de manevre bruște. Dar chiar cu respectarea acestor precauții, de multe ori, examenul vaginal devine imposibil. Contactul vulvei cu unul din degete este suficient pentru ca să declanșeze contractura reflexă. Ca sediu, hiperestezia și contractura predomină în zona perineului superficial și a orificiului vaginal. Vaginismul se poate confunda cu nevralgiile pelviene (ale nervilor rușinoși), dar în aceste cazuri durerea nu este însoțită de contractură și nu are legătură cu actul sexual. Unele dispareunii însoțite de dureri se pot confunda cu vaginismul, dar starea de dispareunie presupune posibilitatea actului sexual fără existența contracturii. În dispareunie, durerea trezită de actul sexual dă femeii o senzație neplăcută, de insatisfacție și de rezervă față de actul sexual, act care rămîne posibil ca atare.

Tratamentul vaginismelor primitive. Unele vaginisme conjugale pot dispărea cu timpul. În alte cazuri, sînt necesare psihoterapia însoțită de hidroterapie sau electro-

terapie, curenți de înaltă frecvență, infiltrații cu novocaină a ligamentelor uterosacrate etc. Pollosson (3) a obținut rezultate bune cu următoarea metodă : sub anestezie generală se poate face un examen local, complet, care ajută să se constate absența unei leziuni genitale și permite afirmarea caracterului de vaginism primitiv. După stabilirea diagnosticului, femeia rămînînd în poziție ginecologică, în primul timp se procedează la manevre digitale de dilatare vaginală și rectală, făcute cu blîndețe și lent pentru a preveni fisurile. În timpul al doilea se face infiltrație cu novocaină a Douglasului, a ligamentelor uterosacrate (de fiecare parte cîte 20 ml) ; infiltrația acționează pe ganglionii hipogastrici și pe plexul hipogastric superior (pe nervul presacrat). Pentru a se ajunge la aceste structuri se merge cu acul de seringă înapoia colului, o dată la dreapta și o dată la stînga, puțin înăuntrul ligamentului uterosacrat. În al treilea timp, se recomandă infiltrația cu novocaină a celor doi nervi rușinoși interni (se merge cu acul înăuntru și puțin în spatele tuberozității ischiatice). În ziua următoare, se face psihoterapie însoțită de dilatații vaginale digitale progresive, bolnava convingîndu-se de posibilitatea reală a penetrației în vagin. După cîteva ședințe de acest fel și după ce și soțul este pus în temă de dispariția vaginismului, actul sexual devine posibil. În cazurile de reușită a tratamentului, vaginismul dispare complet. La unele paciente, după tratament nu se obține decît un rezultat parțial, adică actul sexual devine posibil, dar cu persistența unui grad de contractură ; în aceste cazuri (la marile nevrotice) este necesară repetarea metodei terapeutice.

VAGINISMELE SECUNDARE (simptomatice)

În *vaginismele secundare,* spre deosebire de cele primitive, există o cauză locală genitală, care poate fi pusă în evidență la examenul genital simplu (cînd este posibil) sau sub anestezia generală. În majoritatea cazurilor, se constată mici eroziuni, o mică ulcerație sau o fisură mică, localizată la nivelul inserției porțiunii himenale rămase. Alte cauze care pot întreține vaginismul sînt următoarele :

herpesul sau eczemele mucoasei vulvovaginale, polipul meatului urinar etc.

Cauzele care pot duce la un vaginism secundar sînt variate. Există unele stări alergice, crize de urticarie, care se însoțesc la fiecare apariție a lor de perioade de vaginism. Edematierea căilor genitale, mai ales a celor externe, din cauza descărcărilor de histamină, și apariția hiperesteziei și a contracturii la fiecare criză de urticarie ca și ameliorarea fenomenului de vaginism după tratamentul cu antialergice arată că în stările alergice se poate produce o sensibilizare și la nivelul mucoasei genitale, însoțită sau nu de o contractură. În literatură se citează cazuri de *spina bifida* asociate cu vaginism la nevropate, în care rolul jucat de *spina bifida* este de spină iritativă.

În eventualitatea fericită în care se poate realiza îndepărtarea chirurgicală a cauzelor locale, se obține dispariția vaginismului, dar nu întotdeauna. Persistența acestor cauze locale, un timp pînă la intervenție, poate fi o spină iritativă, un punct de plecare pentru o nevroză viscerală, iar vaginismul secundar este pe cale de trecere sau a trecut deja într-un vaginism primar, mai ales la femeile cu un teren nevropatic. În aceste cazuri, după îndepărtarea cauzei care a produs vaginismul trebuie făcut și un tratament psihoterapic.

Un lucru absolut obligatoriu și care face parte din tratament este repausul genital total timp de 2—3 săptămîni. Acest repaus uneori este suficient să ducă la dispariția semnelor de vaginism. Nerespectarea acestui repaus determină apariția leziunilor traumatice.

O altă categorie de vaginisme secundare sînt cele care apar la menopauză. În menopauză, marcată de sistarea ciclului menstrual în care apare insuficiența ovariană totală (estrogenică și progesteronică), se produc involuția tractului genital și modificări trofice la nivelul mucoasei genitale. Mucoasa genitală lipsită de secreția de hormoni ovarieni este ușor predispusă la stări inflamatorii și devine fragilă, încît cele mai mici traumatisme lasă urme, mici fisuri, care se pot însoți de vaginism. Uneori, din cauza involuției senile a aparatului genital, contactul sexual devine imposibil. În aceste stări, mucoasa vaginală

este hipotrofică, chiar atrofică, este palidă și din loc în loc prezintă plăci de keratoză. Astfel, elasticitatea și supleţea vaginului diminuă mult, micșorîndu-se și capacitatea de destindere a conductului vaginal. După radioterapie sau după castrarea chirurgicală, se produce o scădere bruscă a titrului de hormoni ovarieni, care în scurt timp realizează aspectul de mucoasă atrofică, fenomene de involuţie, cu posibilitatea apariţiei vaginismului. Nu se poate face o legătură absolută între apariţia vaginismului la menopauză și eventualele stări anormale de hiperestezie sau de semicontractură întîlnite la menopauză ; mai mult chiar, este posibilă o viaţă genitală absolut normală pînă la menopauză, care se însoţește de vaginism. Cînd la baza vaginismului stă insuficienţa ovariană, tratamentul constă în adminstrarea de hormoni estrogeni pe cale generală sau locală. Se administrează o doză de hormoni estrogeni în funcţie de vîrstă și de asocierea altor stări morbide. Inconvenientul administrării hormonilor estrogeni este apariţia hemoragiilor de privaţiune și a reacţiilor congestive mamare. Estriolul este un hormon estrogen care acţionează mai puţin la nivelul uterului, dar în schimb normalizează troficitatea vaginului și a organelor genitale externe. De asemenea, estrogenii naturali pot să acţioneze mai bine asupra vaginului dacă se aplică în pomezi locale sau în ovule, în asociaţie cu vitaminele C și E.

În *concluzie,* în ceea ce privește cauzele vaginismului, se poate spune că deseori ele sînt necunoscute, uneori sînt precise, dar de multe ori există o intricare de factori psihogeni și organici care determină vaginismul. Înlăturarea unuia din ei nu rezolvă problema decît parţial ; de aceea se impune un examen complet și un tratament etiopatogenic complex.

Este mai bine să se exagereze în căutarea cauzelor locale sau funcţionale, decît să se pună un diagnostic de vaginism primitiv, care de multe ori are o etiologie minimă nedescoperită (organică). În cazul unor vaginisme de natură mixtă, pe un teren nevrotic, apar și cauze locale organice, care autoîntreţin și accentuează boala.

Tratamentul se adresează factorilor etiologici și patogenici și va fi însoţit de psihoterapie.

DISPAREUNIA

Se numește *dispareunie* orice senzaţie dureroasă locală provocată de raporturile sexuale într-un moment al acuplării. Frecvenţa dispareuniei este foarte mare, dar dificil de stabilit din punct de vedere statistic.

Dispareunia se poate asocia cu alte stări patologice ca : vaginismul, frigiditatea, dismenoreea, nevralgiile pelviene sau cu obstacole ale căilor genitale.

Dacă ne referim la apariţia în timp, există o *dispareunie primitivă* (apare de la începutul vieţii sexuale) și o *dispareunie secundară* (apare după o perioadă de activitate sexuală normală). În dispareunia primitivă se încadrează și cea care apare la tinerii căsătoriţi, care mai este numită și dispareunie „de rodaj" și care are caracter patologic numai cînd depășește primele două luni de la căsătorie.

După sediul topografic al durerii, Frank (citat de 3) deosebește la femei trei feluri de dispareunie : 1) dispareunii superficiale în 60% din cazuri ; 2) dispareunii profunde în 30% ; 3) dispareunii totale, în 10%. Distincţia clasică dintre dispareunia superficială și cea profundă este oarecum artificială ; astfel, pe de o parte, o vaginită intensă produce o suferinţă (uneori atroce) în toată zona contactului sexual, iar pe de altă parte, o teamă de suferinţă, chiar cînd cauza dispareuniei este profundă pelviană, antrenează o reacţie de apărare a mușchilor ridicători și este o cauză de durere la intrarea în vagin.

Durerea la contact poate apărea la începutul raporturilor sexuale, în timpul lor sau imediat după raport. Excepţional pot apărea și senzaţii dureroase extravaginale concomitent cu dispareunia.

O femeie consultă numai în mod excepţional pentru dispareunie ; de obicei, ea vine să consulte pentru leucoree, prurit vulvar, metroragii, dismenoree, dureri pelviene etc. Numai o parte din femeile cu dispareunie izolată ajung să consulte medicul, și anume atunci cînd durerea este intensă și jenează mult copulaţia. Frank arată în statistica sa că, dintre femeile care consultă medicul pentru dispareunie, 30% se plîng exclusiv de durere,

48% acuză acest semn în cursul altei boli, iar 22% acuză durerea ca un simptom de minimă importanţă faţă de sindromul pentru care consultă.

Etiologie. Literatura despre dispareunie se orientează mai mult către originea psihogenă a acesteia ; dispareunia superficială este aproape întotdeauna de origine emoţională, pe cînd dispareunia profundă recunoaşte mai ales cauze organice. G. Steg (citat de 9) găseşte un factor organic în jumătate din cazuistică.

Cauzele organice care duc la dispareunie sînt următoarele :

Cauzele vulvovaginale :

Infestarea cu trichomonas în 41,5% din cazurile studiate de A. Lieveaux (9) a constituit unica etiologie, dar ea intervine, de asemenea, în asociaţie cu alţi factori (micoze, atrofie, papilomatoză). În dispareunia determinată de infestarea cu *Trichomonas,* bolnava mai acuză şi leucoree, prurit vulvar şi jenă la micţiune, cu maximum de intensitate postmenstruală. Dacă femeia a utilizat înainte de examenul genital săpun sau antiseptice, examenul secreţiei trebuie repetat.

Moniliaza vulvovaginală este, de asemenea, o cauză de dispareunie, asociindu-se, uneori, cu alţi factori şi îndeosebi cu infestarea cu *Trichomonas.* Dispareunia provocată de moniliază apare de obicei brutal la finele unui ciclu menstrual sau în urma unui tratament cu antibiotice efectuat femeii sau partenerului ei. La microscop, se descoperă în secreţia albă şi grasă filamentele micelare. În forma atenuată, moniliaza dă o dispareunie superficială vulvară, sporadică, cu maximum de intensitate premenstruală.

Cauzele pelviene ginecologice ale dispareuniei sînt următoarele : vulvovaginitele bacteriene sau micotice, uretritele, perimetritele, iritaţia de lumen, prolapsul genital, nevralgiile pelviene, dismenoreea, anexitele, vaginismul sau frigiditatea, atreziile vulvovaginale, cicatricele dureroase, himenul incomplet rupt, bartolinita cronică, retroflexia uterină blocată. Alteori, se constată aderenţe postsalpingectomie pentru o sarcină extrauterină, hidrosalpinx bilateral, chist dermoid ovarian, tuberculoză genitală, ectropion cervical infectat etc.

Cauzele endocrine. Cea mai frecventă cauză endocrină de dispareunie este insuficienţa ovariană estrogenică. La femeia adultă cu insuficienţă estrogenică sau la postclimacteriu, din cauza unei troficităţi diminuate a vaginului, care devine subţire şi fără elasticitate, dur, aceste caractere determină apariţia durerii în timpul actului sexual. După castrări chirurgicale, radioterapice sau izotopoterapice apare dispareunia acută, prin scăderea bruscă a estrogenilor din sînge.

Alte cauze generale, care duc la apariţia dispareuniei, sînt următoarele : pruritul vulvar, eczemele, polipii uretrei, uneori herpesul.

Binet (3) consideră că există şi o dispareunie cu cauză îndepărtată conjugală, care se poate manifesta la adultă datorită hipoplaziei vaginului şi a sistemului său erectil cu hipoplazia fundurilor de sac vaginale. În aceste cazuri, disproporţia dintre organele genitale externe normale şi capacitatea vaginului fac actul sexual dificil şi dureros.

Caracterul de dispareunie profundă este dat de sediul profund al durerii în căile genitale. Drept cauze se citează : deviaţiile patologice ale uterului, de exemplu retroflexia uterină blocată, leziunile inflamatorii pelviene, endometritele, varicocelele tuboovariene, rupturile de col uterin cu ocazia unei naşteri. Toate acestea fac ca, ulterior, cea mai mică atingere a colului în timpul actului sexual să fie foarte dureroasă.

O cauză importantă a dispareuniei, mai ales la femeile tinere, este practicarea din partea bărbatului a metodei *coitus interruptus,* care favorizează lipsa de obţinere a orgasmului feminin, care duce, cu timpul la o stare de congestie pelviană cronică profundă şi la dispareunie.

Vaginismul poate fi cauză sau efect în dispareunie. Este cauză cînd spasmul psihogen coincide cu coitul, după ce s-a produs intromisiunea şi este efect al dispareuniei, atunci cînd spasmul este produs reflex de durerea genitală la intromisiune.

Problema dispareunie-frigiditate : există femei frigide dintotdeauna, care se plîng de apariţia secundară a durerilor la contactul sexual, iar pe de altă parte, există femei etichetate ca frigide, care întotdeauna au suferit dureri la contact şi care nu cunosc senzaţia sexuală fără durere.

Mai dificil de diagnosticat şi de interpretat sînt durerile din timpul actului sexual la femei la care nu putem decela o cauză locală. Examenul ginecologic minuţios efectuat nu pune în evidenţă nici o modificare lezională sau trofică a tractului genital. În aceste cazuri, ne îndreptăm investigaţiile către tulburări în sfera neuropsihică şi mai întotdeauna se găsesc dereglări la acest nivel. Tulburările nevrotice sau psihice se explică prin conflicte psihice anterioare, decepţii sentimentale, căsătorii din interes, în care există aversiune pentru partener, teama de sarcină sau brutalitatea partenerului. Toate aceste cauze duc, cu timpul, la formarea unui reflex de apărare faţă de partener şi chiar faţă de orice act sexual. Cotte crede că la baza acestui fel de dispareunie de origine predominant psihogenă stă o exagerare a sensibilităţii locale a fundurilor de sac vaginale şi o stare de contractură exagerată a muşchilor perineului şi a ridicătorului anal, similară cu starea de contractură care există în vaginism.

Fiziopatologic, fenomenul nu se poate explica unilateral, ci mai degrabă este vorba de o tulburare funcţională, neuropsihică cu răsunet asupra sensibilităţii generale şi îndeosebi a sensibilităţii genitale.

Dispareunia la bărbat este mult mai rară decît la femeie şi se datoreşte unor leziuni ale glandului, prepuţului sau uretritelor.

Evoluţia şi prognosticul dispareuniilor depind de vechimea şi varietatea dispareuniei. Sînt cu atît mai grave, cu cît evoluează de mai mult timp. Dispareuniile care au ca substrat o cauză anatomică sau o leziune locală evidentă, dispar o dată cu înlăturarea acestora, pe cînd dispareunia care are la bază mai mult o tulburare nevropatică sau psihică se vindecă mai greu. Un prognostic grav îl au dispareuniile instalate brusc în urma unei castrări chirurgicale, radioterapice sau izotopoterapice.

Diagnostic şi tratament. *Diagnosticul* nu este întotdeauna uşor şi înainte de a începe tratamentul trebuie luată, cu tact, o anamneză cît mai amănunţită bolnavei. Ne interesează trecutul patologic genital, stările conflictuale, tulburările nevrotice sau psihice, psihastenia cu diversele ei fobii. Ne interesează, de asemenea, durata raporturilor sexuale şi frecvenţa lor, prezenţa sau nu a

orgasmului şi a afectivităţii faţă de soţ. De asemenea, trebuie specificat sediul durerii, superficial sau profund, de cînd a apărut, în ce circumstanţe etiologice şi în ce fază a actului sexual. După o anamneză corectă, cînd s-a stabilit o încredere şi colaborare între pacientă şi medic, se trece la examenul local al căilor genitale, care se va face cu multă blîndeţe.

Tratamentul. Într-o dispareunie, principiile tratamentului sînt următoarele :

1) tratarea cauzei locale (cînd aceasta este evidentă) ;

2) reechilibrarea neuropsihică a pacientei ;

3) înlăturarea eventualilor factori declanşatori ai bolii din partea soţului.

Dacă este incriminată existenţa în lumen a unor bride vaginale, membrane restante sau a altor malformaţii, este suficientă numai incizarea lor. În cazul leziunii traumatice din cursul deflorării se vor aplica pansamente umede locale, antiseptice neiritante, antibiotice în pudră (penicilină, sulfamidă şi pomezi), calmante care ajută la regenerarea mucoaselor. Se vor trata ulceraţiile căilor genitale, leucoreea, infestarea cu Trichomonas, moniliaza şi orice scurgere vaginală. Deviaţiile uterine, şi în special retroflexia uterină, se vor trata prin repaus sau poziţie ventrală şi genupectorală sau prin tratament chirurgical. În inflamaţiile uteroanexiale sînt indicate repausul general şi genital, antibiotice, diatermia. În dispareuniile de tip uretral, se recomandă schimbarea tehnicii copulaţiei printr-una care să evite prinderea uretrei sub pubis.

În dispareuniile cronice, rebele la tratament, în care este mai dificilă respectarea repaûsului genital, se recomandă schimbarea tehnicii copulaţiei printr-un coit *vis-à-tergo* lateral, care este mai protector pentru organele genitale şi nu redeşteaptă senzaţiile dureroase.

În dispareuniile de natură endocrină, se recomandă aplicarea de hormoni estrogeni locali în pomezi, asociată după caz şi cu administrarea lor parenterală ; aceştia au ca efect readucerea la normal a troficităţii căilor genitale.

Tratamentul local va fi completat cu dilataţii vaginale, care se fac progresiv şi prin care urmărim o reeducare vaginală, mai ales dacă dispareunia a început să fie însoţită de spasme musculare.

Psihoterapia dă rezultate bune şi vizează sugestionarea bolnavei, cu îndepărtarea prejudecăţilor şi a temerilor de actul sexual.

Reechilibrarea sistemului neuropsihic şi vegetativ se obţine prin administrarea de sedative, tranchilizante, anxiolitice, simpaticolitice, parasimpaticolitice sau amfolitice.

Din partea partenerului se cere delicateţe şi adaptarea actului sexual la necesităţile şi dorinţele partenerei. Se recomandă evitarea ejaculării precoce sau a actului sexual prelungit, iar în unele cazuri — schimbarea poziţiei.

Mai simplu însă decît a trata dispareunia este profilaxia ei, prin evitarea tuturor factorilor etiologici.

FRIGIDITATEA

Starea femeii caracterizată prin imposibilitatea de a avea un orgasm obţinut prin coit vaginal cu un partener heterosexual poartă numele de frigiditate (anafrodizie, anestezie sexuală sau anorgasmie feminină).

Deşi la femeie orgasmul nu are decît o semnificaţie hedonică, nefiind absolut necesar fecundaţiei, cum este la bărbat, problema prezintă totuşi o importanţă individuală şi socială.

O soţie frigidă este indiferentă faţă de viaţa conjugală, iar în timpul actului sexual ea este frustrată de emoţiile şi senzaţiile sexuale sau, cînd acestea există, sînt reduse şi nu cresc pînă la punctul culminant, pînă la orgasm.

Femeile care nu au simţit niciodată această satisfacţie, necunoscînd-o, de obicei nu se sesizează o perioadă de timp, considerîndu-se normale, dar, mai devreme sau mai tîrziu, îşi dau seama de starea lor. Femeile, care au simţit o dată orgasmul şi ulterior devin frigide, nu se împacă cu această situaţie şi încep să-şi pună probleme. Partea cealaltă a cuplului, bărbatul, nu rămîne de loc străin şi nu-i este indiferentă această situaţie. Soţul este cel care se sesizează primul şi care reacţionează mai violent în toate aceste cazuri de frigiditate, primitivă sau

dobîndită în cursul vieţii conjugale. Indiferent care dintre părţi, soţ sau soţie, este mai nemulţumită de pe urma acestei stări, cert este că ea duce la o răceală şi la animozităţi între soţi.

Femeia frigidă, în general, este mai reţinută, se jenează şi apelează mai rar la medic din proprie iniţiativă.

Frigiditatea are repercusiuni asupra organismului. Dacă lipsa orgasmului există de regulă, atunci formaţiunile erectile nu se descarcă de afluxul de sînge crescut, musculatura nu se relaxează, secreţia nu este expulzată şi se produce starea de congestie a organelor genitale, tradusă prin dureri lombare şi pelviene, care apar la mers sau cu ocazia actului sexual. Apare astfel o stare de nervozitate şi de nelinişte a femeii, care rămîne cu încordarea psihică, cu tensiunea nervoasă şi cu o stare de insatisfacţie.

Unele femei frigide privesc starea lor cu indiferenţă şi încearcă o satisfacţie psihică ştiind că măcar partenerul este mulţumit. Altele nu vor să lase impresie soţului că sînt frigide şi adoptă atitudini artificiale, încercînd să se comporte ca şi cînd ar fi avut senzaţia de orgasm.

Totuşi, în toate cazurile, lipsa orgasmului femeii rămîne un prilej de nemulţumiri, iar cuplul respectiv devine fragil. În mod direct sau indirect încep părerile de rău şi femeia se crede dezavantajată şi este nemulţumită. Ea începe uneori prin a căuta orgasmul extraconjugal şi sfîrşeşte prin a manifesta răceală faţă de soţ, dezinteres şi refuz pentru actul sexual. De aici şi pînă la destrămarea familiei nu mai sînt mulţi paşi. Iată cum o problemă individuală de viaţă conjugală capătă o importanţă socială, faţă de care nu putem rămîne indiferenţi. În asemenea împrejurări, consultarea medicului poate fi de un real ajutor.

Importanţa problemei frigidităţii mai rezultă din frecvenţa crescută a ei : 33% din femei (Adler) ; 30% (7), 50% (Irene Vernard şi R. Pauly) (1). H. Michele-Wolfromm (12), pe un studiu cuprinzînd 1 656 de femei, au găsit frigiditatea izolată în 55% din cazuri, iar dacă se adaugă şi frigiditatea asociată cu dispareunia şi cu neconsumarea actului sexual, cifra globală a frigidităţii reprezintă 82% din tulburările sexuale.

Frigiditatea are intensităţi şi nuanţe diferite, în funcţie de femeia care acuză această stare. Factorul individual dă coloratura cea mai variată a anafrodiziei şi îi conferă caracterul de complexitate.

Din punct de vedere simptomatic, frigiditatea poate fi clasificată în : totală, incompletă şi parţială.

Frigiditatea este totală (completă) cînd nu există de loc impuls sexual pentru sexul opus. Femeia nu simte nici o senzaţie sexuală, nu ia parte la actul sexual, care pentru ea este ceva mecanic, şi în acest caz, desigur, nu poate fi vorba de obţinerea orgasmului. Deoarece ea ignoră orice nevoie sexuală şi nu are nici o senzaţie erotică, această formă de frigiditate este bine suportată de către femeie.

Frigiditatea este incompletă cînd există un impuls sexual mai mult sau mai puţin diminuat, există deci libido, dar excitaţia sexuală este slabă sau nu creşte în timpul copulaţiei şi femeia nu ajunge niciodată la orgasm. Această categorie de frigide suportă mai greu starea lor, deoarece simt nevoia relaţiilor sexuale, dar nu pot ajunge la satisfacţie.

Frigiditatea parţială este aceea în care impulsul şi necesităţile sexuale sînt normale, dar nu se ajunge la un orgasm vaginal ; în schimb, se poate obţine o stare de satisfacţie prin excitaţii prelungite ale organelor genitale externe (clitoridiene).

În afară de categoriile de mai sus, unele femei prezintă stări tranzitorii de anestezie sexuală sau scăderea nevoii sexuale, care alternează cu stări normale. Există şi forme intermediare şi în această categorie se încadrează femeile care simt o atracţie minimă faţă de sexul opus, senzaţiile lor sexuale sînt diminuate şi ajung rareori la satisfacţie. Asemenea femei prezintă un amestec de infantilism psihic, cu o oarecare nevoie de a iubi şi de a fi iubite.

Mai trebuie semnalată şi frigiditatea relativă conjugală, care ţine de actul sexual incomplet din partea partenerului şi care dispare în anumite condiţii psihologice sau cu ocazia schimbării tehnicii copulatorii.

Frigiditatea ne apare uneori ca primitivă, criptogenetică, caz în care nu se poate decela factorul cauzal ;

deseori frigiditatea este însă simptomatică, secundară, în cadrul unor tulburări de origine nervoasă, psihogenă, endocrină, genitală sau în cadrul unor afecţiuni generale.

H. Michele-Wolfromm (12), care a studiat frecvenţa tulburărilor sexuale la un număr de 1 656 de femei, a constatat următoarele :

Frigiditate izolată		55 %
Raporturi dureroase :		
— fără frigiditate	11 %	35 %
— cu frigiditate	24 %	
Neconsumarea actului sexual :		
— fără frigiditate	7 %	10 %
— cu frigiditate	3 %	

Din această statistică se constată că frigiditatea izolată apare în 55% din cazuri, frigiditatea asociată cu dispareunie în 24% din cazuri, şi frigiditatea cu neconsumarea actului sexual în 3% din cazuri ; dacă însumăm aceste procente, cifra globală de frigiditate este de 82% din totalul tulburărilor sexuale.

Pentru stabilirea diagnosticului de frigiditate, de un preţios ajutor este anamneza femeii care consultă medicul (vezi „Fişa de consultaţie a femeii cu tulburări sexuale").

Fişa de consultaţie a femeii cu tulburări sexuale

Fişa nr. . . .

Numele şi prenumele . . . . . .
Adresa . . . . . vîrsta . . . . profesia . . . .
Starea civilă (căsătorită, necăsătorită, divorţată) . . . . . .
copii . . . . . .
Fumătoare (cîte ţigări pe zi) . . . . Uzează de băuturi alcolice . . . . . alte toxice . . . . . .
Antecedente eredocolaterale . . . . . .
Antecedente personale fiziologice : vîrsta apariţiei ciclului menstrual . . . . . ciclul menstrual la . . . zile, durează . . . . . zile ; dismenoree . . . . . .
Vîrsta începerii vieţii sexuale . . . . . sarcini . . . . duse la termen . . . . . avorturi spontane . . . . . .
Antecedente personale patologice : parotidită epidemică . . . . gonoree . . . . . lues . . . . . hepatită

epidemică . . . tuberculoză . . . . .alte infecţii cronice . . . . . intervenţii chirurgicale genitale . . . . . .

Libidoul (dorinţa sexuală) normal . . . . . inexistent . . . slab . . . . . exagerat . . . . . în prima jumătate a ciclului . . . . la jumătatea ciclului premenstrual . . în timpul menstrei . . .în timpul sarcinii (în prima jumătate . . în a doua jumătate . .)

Are orgasm (satisfacţie) . . . . . după cît timp de copulaţie . . . . . repetat . . . . .

Actul sexual este însoţit de durere . . . . vaginism . . . .

Partenerul : este normal . . . . respectă preludiul . . . utilizează *coitus interruptus* . . . . . .

Ritmul vieţii sexuale (înainte de apariţia tulburărilor) nr. actelor sexuale pe săptămînă . . . . . (în prezent) . . .

Data apariţiei tulburărilor sexuale . . . . . modul de instalare (brusc . . . . . progresiv . . . . .)

în ce condiţii au apărut . . . . . .

Examen endocrinologic . . . . . .

Examene de laborator : glicemia . . . . . colesterolemia . . . . . calcemia totală . . . . . fosforemia . . . . . PBI . . . . I_{131} . . . MB . . . estrogenuria, pregnandiuria, prolanuria . . . . . .

R-fie de şa turcească . . . . . .

Examenul genital clinic : organe genitale externe . . . . . clitoris (dezvoltare . . . . . distanţa de orificiul uretrei . . . . . .)

vagin . . . . . uter . . . . . ovare . . . .

Examenul citohormonal : IA a 7-a zi . . . . . IA a 14-a zi . . . . . IA a 21-a zi . . . . . .

Morfograma : greutate . . . . . talie . . . . . diametrul biacromial . . . . . diametrul bitrocanterian . . . . . circumferinţa bazinului . . . . circumferinţa toracică . . . . . înălţimea simfizei pubiene . . . . . .

Examenul neurologic . . . . . .EEG . . . ,

Examenul psihologic : hiperemotivă . . . . . agitată . . . anxioasă . . . . . depresivă . . . . . calmă . . . . . .

DIAGNOSTIC . . . . . .

Ne interesează în anamneză următoarele elemente :

— antecedentele eredocolaterale (neuropsihice, psihoză maniaco-depresivă, crize nevropatice, etilism, lues etc.) ;

— antecedentele personale fiziologice (vîrsta primului ciclu menstrual şi caracterele acestuia, vîrsta începerii relaţiilor sexuale, posibilităţile concepţionale, sterilitatea) ;

— antecedentele patologice : afecţiuni generale (anemii, diabet zaharat, obezitate, intoxicaţii cronice) ;

— condiţii de viaţă (profesia, stare civilă, numărul naşterilor) ;

— se vor preciza existenţa sau nu a impulsului sexual, a libidoului, intensitatea excitaţiilor sexuale, afecţiunea faţă de partener, existenţa „preludiilor", prezenţa unui orgasm incomplet sau absenţa totală a orgasmului, ritmul vieţii sexuale, debutul tulburărilor sexuale şi circumstanţele în care au apărut — brusc sau progresiv. Discuţia cu pacienta trebuie purtată cu tact şi de o manieră care să inspire încredere.

Se vor efectua următoarele examene clinice :

— *examenul genital* (acesta poate descoperi eventuale malformaţii congenitale sau dobîndite ale organelor genitale, diverse leziuni vulvare, vaginale sau ale colului uterin, secreţii patologice, dureri spontane sau la tactul vaginal) ;

— *examenul clinic* general (poate evidenţia afecţiuni ale viscerelor sau boli de sistem) ;

— *examenul endocrinologic* (poate evidenţia eventuale tulburări ovariene sau extragonadice ; ca dozări hormonale sînt necesare estrogenuria, 17-cetosteroizii totali, prolanuria, iodul proteic hormonal + iodocaptarea + metabolismul bazal) ;

— *examenul neurologic* şi *psihologic* (sau psihiatric).

În unele cazuri, anamneza descoperă instalarea frigidităţii ca o consecinţă a unui eveniment recent, cum ar fi : naşterea unui copil anormal, realizarea unui obiectiv care a atras dispute între soţi, utilizarea pilulelor anticoncepţionale, care exclud teama de sarcină, dar uneori şi efectul stimulent asupra libidoului. Aceste incidente minore nu pot ameninţa decît o sexualitate fragilă.

Frigiditatea se poate întîlni la femei cu nivel cultural diferit, cu afectivitate diferită, care au caractere deosebite, şi în orice perioadă a vieţii genitale. Patologia frigidităţii este esenţialmente individuală.

În această patologie individuală a comportamentului sexual feminin se intrică cele două grupe mari de fenomene : cele de origine psihică cu cele somatice, într-o proporţie inegală.

Din punct de vedere etiopatogenic, frigiditatea se poate clasifica în următoarele forme clinice : 1) frigidi-

tatea simptomatică secundară ; 2) frigiditate funcţională, psihogenă ; 3) frigiditate criptogenetică (de cauză necunoscută).

FRIGIDITATEA SIMPTOMATICĂ (SECUNDARĂ)

În această categorie se încadrează frigiditatea care apare ca un simptom în cadrul unor afecţiuni cunoscute.

FRIGIDITATEA DE ORIGINE NEUROLOGICĂ

Această frigiditate este produsă de *leziuni medulare* sau *cerebrale*. Leziunile de neuron periferic care ating rădăcinile rahidiene sau coarnele măduvei, la nivelul conului terminal, se însoţesc de frigiditate. Cînd acestea sînt situate pe neuronul motor (mielite, poliomielite, radiculite) suprimă orgasmul. Situate pe neuronul senzitiv, ele antrenează o anestezie genitală (sindromul „cozii de cal", tabes, radiculomielite luetice). Paraplegiile prin *secţionare medulară* sau prin diverse compresiuni, ca şi mielitele situate mai sus dau tulburări sexuale similare.

Leziunile inflamatorii sau tumorale, care interesează hipotalamusul, deci şi centrii comportamentului sexual, determină în general apariţia frigidităţii.

FRIGIDITATEA DIN AFECŢIUNILE GENERALE

Unele *boli acute* sau *cronice*, ca diabetul zaharat, anemiile, slăbirea excesivă sau obezitatea, alcoolismul cronic, morfinomania, cocainomania etc., duc la diminuarea libidoului şi a esteziei sexuale.

Obezitatea la femeie este frecvent asociată cu hipoovarie secundară şi frigiditate. În obezităţile hipotalamice, tulburările sexuale se explică prin interesarea şi a unor centri sexuali.

Unele alterări vasculare pot provoca frigiditate prin vasoconstricţie pelviană.

FRIGIDITATEA DE NATURĂ GINECOLOGICĂ

Starea de *teleclitoridie* (situarea clitorisului la o distanţă de uretră mai mare de 3 cm) lipseşte contactul clitorisului cu penisul şi astfel nu apar senzaţiile erotice clitoridiene (15).

Infantilismul genital, hipoplazia organelor genitale fac ca raporturile sexuale, cu un partener dezvoltat normal genital, să fie dureroase şi deci nedorite.

Modificările de troficitate, supleţe şi calibru ale inelului vulvar (lărgit) şi vaginal (prea larg), prolapsul vaginal sau uterin, rupturile de perineu, retroversiile sau lateroversiile uterine reprezintă factori etiologici, care declanşează durerea la contact, dispareunia asociată cu frigiditate.

Toate leziunile inflamatorii ale vulvei, vaginului, corpului uterin sau anexelor, acute sau cronice, sînt cauze de frigiditate prin inhibiţia dureroasă, deşi libidoul este păstrat.

FRIGIDITATEA DE NATURĂ ENDOCRINĂ

Frigiditatea se constată în *insuficienţele ovariene primitive* (amenoree primară). În insuficienţa ovariană primară congenitală (sindrom Turner sau agenezie ovariană) nu se dezvoltă caracterele sexuale somatice primare şi secundare, din cauza lipsei secreţiei de hormoni estrogeni, iar femeia acuză o frigiditate totală, bine suportată.

Insuficienţa ovariană cu amenoree primară se mai poate întîlni şi în cazul unei insuficienţe hipofizare, instalată în copilărie sau intrapubertal, de origine tumorală, iar la adultă în sindromul Sheehan sau Simmonds. În insuficienţele ovariene primare, tractul genital este nedezvoltat sau hipoplazic, infantil (infantilism genital) şi lipseşte comportamentul psihic feminin, prin lipsa erotizării centrilor nervoşi. Femeia nu are emoţii şi senzaţii erotice, fiind complet frigidă.

În *insuficienţele ovariene secundare*, dobîndite în timpul vieţii genitale, fie prin leziuni ovariene de tip infecţios, toxic, traumatic (castrare), fie prin eunucoidism hipofizar, hipogonadotrop, se instalează amenoree secun-

dară. În aceste cazuri, fiindcă a avut loc erotizarea centrilor nervoşi, libidoul există, însă este diminuat şi cu timpul poate să dispară, din cauza apariţiei involuţiei organelor genitale. Lipseşte acţiunea trofică a hormonilor estrogeni, din care cauză tractul genital devine hipoplazic, lipsit de elasticitate şi supleţe, mucoasele genitale încep să se atrofieze şi actul sexual este nedorit, neplăcut şi chiar dureros, cu anorgasmie.

În insuficienţele ovariene primitive sau secundare, la tulburările genitale se adaugă şi tulburări neurovegetative : valuri de căldură, transpiraţii, instabilitate emoţională, palpitaţii, parestezii, ameţeli, migrene, tulburări vasomotorii.

Frigiditatea se poate întîlni, mai rar, şi la unele femei cu *hiperestrogenism.* În aceste cazuri, diagnosticul se pune pe baza existenţei sindromului de tensiune premenstruală, a metroragiilor, glerei cervicale filante persistente, hiperplaziei glandulochistice a endometrului (evidenţiată prin biopsie), estrogenuriei totale crescute. Frigiditatea în caz de hiperestrogenism s-ar explica, după Vinzhol, prin existenţa asociată a tulburărilor neurovegetative, cu predominanţa excitabilităţii simpatice, şi prin modificarea echilibrului dintre androgeni/estrogeni, care influenţează libidoul.

Există însă şi situaţia inversă : hiperestrogenismul poate determina nimfomania la femei sau la animale. Ulrich (16) relatează cazul unei femei cu nimfomanie căreia, la laparotomia exploratorie, i s-au găsit ovare microchistice, hipertrofiate dublu faţă de normal, iar rezecţia a 3/4 din ovare a antrenat după 2 luni diminuarea hipergeneziei.

Secreţia de progesteron excesivă, în caz de luteoame, sau după o administrare de progesteron în doză mare, produce o diminuare a libidoului şi o scădere a potenţei sexuale feminine (13).

În ceea ce priveşte rolul hormonilor estrogeni în patogenia frigidităţii, se poate spune că hipoestrogenemia antrenează apariţia anafrodiziei indirect, prin lipsa sau diminuarea acţiunilor trofice şi stimulente asupra vaginului şi colului uterin, care favorizează apariţia dispareuniei.

Totuşi, la femeile castrate sau la postclimacterium, există adesea persistenţa libidoului diminuat, şi acest fenomen se explică prin secreţia de hormoni androgeni suprarenali şi printr-o condiţionare psihică reflexă, în cadrul experienţei trăite.

Frigiditatea este frecvent întîlnită şi în sindroamele endocrine extraovariene, hiperfuncţionale sau hipofuncţionale.

Acromegalia (exces de STH) care se însoţeşte aproape constant de amenoree secundară (insuficienţă ovariană) şi de hipertrofia mucoasei vulvare şi vaginale, dar cu uter hipotrofic, antrenează apariţia frigidităţii.

În *insuficienţa hipofizară* (panhipopituitarism) de tip Sheehan sau Simmonds sau de origine tumorală (adenoame cromofobe, craniofaringioame), prima insuficienţă glandulară care se instalează este cea ovariană prin insuficienţa de gonodotropi hipofizari (prolanurie sub 5 u.), apoi apare insuficienţa tiroidiană şi corticosuprarenală prin lipsa de TSH şi respectiv de ACTH. Din cauza involuţiei genitale şi a insuficienţelor tiroidiană şi corticosuprarenală care se asociază, comportamentul sexual al femeii este în întregime abolit şi se instalează frigiditatea totală.

În *sindromul adipozogenital* (Babinski-Fröhlich), produs printr-un adenom cromofob sau craniofaringiom cu extensie supraselară, obezitatea se însoţeşte de infantilism genital, cu abolirea comportamentului sexual.

Apreciind intervenţia hipofizei în apariţia frigidităţii se poate spune că insuficienţa hipofizară este un factor declanşator al acesteia. F. Moricard (14) relatează cazul unei femei hipofizectomizate, care a pierdut complet şi definitiv libidoul imediat după operaţie. Kinsey (7) şi alţi autori susţin că insuficienţa hipofizară nu declanşează direct apariţia frigidităţii, ci în mod indirect, prin antrenarea insuficienţelor ovariene, tiroidiene şi corticosuprarenale.

În *mixedemul primitiv* sau *secundar* de origine hipofizară, există o absenţă sau o diminuare a libidoului. Predominanţa inhibiţiei corticale din mixedem, apatia, bradipsihia, bradikinezia se însoţesc de o afectivitate redusă şi de o scădere pînă la dispariţie, a fenomenelor

reflexe genitale, a erecției, ejaculării și a orgasmului. În hipotiroidia benignă libidoul va fi păstrat.

În *hipertiroidia* benignă există o creștere a libidoului, însă în hipertiroidia severă (tireotoxicoză, Basedow), așa cum arată Bessède (2), prin epuizarea psihică și instabilitatea emoțională, apare diminuarea potenței sexuale pînă la frigiditate. După tratamentul hipotiroidiei sau al hipertiroidiei accentuate, tulburările sexuale se remit.

În *insuficiența corticosuprarenală cronică* (boala Addison), din cauza asteniei fizice și psihice și a hipotoniei generale, fenomenele erotice și libidoul diminuă mult (scade secreția de androgeni suprarenali) ; de asemenea, orgasmul este incomplet sau absent. Bolnavele au reținere față de actul sexual, deoarece constată că le accentuează astenia fizică și psihică.

În *sindromul suprarenometabolic* (Cushing) noi am constatat o diminuare a activității sexuale. Chiar dacă libidoul se menține prin secreția crescută de androgeni suprarenali, în schimb frigiditatea este un simptom aproape constant, care însoțește amenoreea secundară din acest sindrom. Noi am arătat, prin studii clinice și experimentale, că insuficiența ovariană secundară se datorește acțiunii inhibitorii nespecifice a hormonilor cortizonici în exces asupra hormonilor gonadotropi hipofizari.

În *hipercorticismele androgenice,* determinate de tumori suprarenale virilizante sau de hiperplazii suprarenale congenitale și dobîndite, se constată o creștere a libidoului, pînă la agresivitate sexuală ; dar aceste femei prezintă o frigiditate parțială. Ele nu obțin orgasmul prin coit vaginal, ci numai prin excitații ale organelor genitale externe (clitoris).

Frigiditatea se mai întîlnește și la femeile cu constituție longilină astenică, cu bazinul îngust și pieptul plat, care acuză frecvent hipomenoree sau dismenoree.

Epifiza, prin secreția ei hormonală, intervine ca o glandă moderatoare, frenatoare a fenomenelor sexuale. *Tumorile epifizare* secretante (pinealoamele) se însoțesc de infantilism sexual și frigiditate. În medicina veterinară se utilizează extractele de epifiză ca tratament

eficace în caz de nimfomanie (Thieri). În medicina umană, această acțiune a extractelor de epifiză este, de asemenea, utilizată în tratamentul stărilor hipergenitale feminine și masculine.

După această trecere în revistă a factorilor endocrini, care participă la apariția frigidității, se poate spune că există două categorii de hormoni : una care favorizează excitabilitatea sexuală la femeie (hormonii estogeni — gonadotropii, hormonii tiroidieni — TSH, hormonii androgeni în doză moderată) și o altă categorie care deprimă comportamentul sexual feminin (hormonii progesteronici, hormonii epifizari, hormonii cortizonici în exces).

O altă categorie de hormoni secretați normal au rol echilibrant asupra comportamentului sexual : insulina, STH, ACTH, parathormonul și hormonii catecolici medulosuprarenali, ca și mediatorii chimici (aceticolina și noradrenalina).

Altă categorie de hormoni, progestativele de sinteză, posedă acțiuni estrogenice, androgenice și progesteronice.

Deși majoritatea sexologilor admit originea dublă a orgasmului feminin — cu punct de plecare vaginal și clitoridian, integrat în centrii superiori nervoși sexuali — alți autori, ca Masters și Johnson (10), admit că orgasmul feminin are un punct de plecare unic, situat topografic la nivelul vulvei și în treimea inferioară a vaginului.

În *concluzie,* la femeie, prezența unui comportament sexual normal necesită un echilibru funcțional al secreției endocrine ovariene și un echilibru al sistemului endocrin în general. Stările hipofuncționale sau hiperfuncționale ale sistemului endocrin determină tulburări ale comportamentului sexual.

Rolul sistemului endocrin nu ne apare izolat, ci este integrat de centrii superiori hipotalamici, substanța reticulată și cortex. Cu cît urcăm pe scara evoluției organismelor, la animalele superioare și îndeosebi la om, rolul de integrare a sistemului nervos central privind comportamentul sexual crește și subordonează sistemul endocrin (13).

FRIGIDITATEA FUNCȚIONALĂ (PSIHOGENĂ)

FRIGIDITATEA PRIN FACTORI PSIHOLOGICI

Rolul factorilor psihologici în îndeplinirea normală a actului sexual este deosebit de important la om și îndeosebi la femeie.

Femeia echilibrată și sănătoasă fizic și psihic a integrat funcțiile sale erotice și sexuale în personalitatea sa mintală și mecanismul orgastic, în funcția nervoasă cerebrală. Orice factor inhibitor, psihogen, care se opune acestei integrări nervoase a funcției sexuale duce la apariția de tulburări în sfera erotică și sexuală. Dacă la bărbați este suficientă, uneori, numai existența traumelor psihice ca să producă impotența sexuală psihogenă, cu atît mai mult la o femeie, care posedă o sensibilitate deosebită și o trăire psihică mai intensă a actului sexual, acești factori pot determina ușor starea de frigiditate. Factori psihici multipli și diverși pot duce la o inhibiție a dorinței sexuale și (sau) a orgasmului.

Lipsa afectivității și a emoțiilor erotice pozitive, stimulente, ține inhibată funcția psihosexuală. Mediul familial și cel social au importanță deosebită. O atmosferă familială de o severitate excesivă și austeră pentru fată, care o privează de un minimum de destindere, de tandrețe, care îi imprimă sentimente de teamă față de sexul opus — toate acestea pot avea urmări nocive asupra conduitei sale psihice din viața conjugală adultă.

Atitudinea părinților față de problemele sexuale, scenele conjugale dintre ei se întipăresc în mintea fetei și pot duce în viitor la o aversiune față de relațiile sexuale.

O conduită inadecvată a soțului, vulgaritatea, brutalitatea, lipsa de tact șochează pudoarea tinerei fete și devin factori inhibanți. Durerea produsă de deflorarea violentă, imputarea infidelității ei pot constitui adevărate șocuri afective pentru femeie și pot antrena reținere și aversiune pentru actul sexual, pînă la frigiditate. Amplificînd importanța primului contact sexual, W. Steckel spune : „se

poate afirma că soarta mariajului se decide în noaptea nunții".

Lipsa afinității față de soț (fata și-a dorit și imaginat un alt gen de bărbat), căsătoria din interes sînt elemente inhibante ale dorinței ei sexuale și o fac indiferentă față de actul sexual.

Teama de sarcină sau practicarea metodei *coitus interruptus,* neglijarea „preludiilor", unele poziții copulatorii neacceptate de parteneră, ejacularea precoce a bărbatului sînt elemente care pot genera ulterior indiferență și repulsie față de actul sexual. Mediul ambiant al actului sexual, unele obiceiuri și gesturi dezagreabile ale partenerului sînt factori care diminuă dorința și senzațiile erotice ale femeii. Uneori, practicarea masturbației constituie factorul etiologic al frigidității ; femeia nu poate obține orgasmul prin coit vaginal normal, fiindcă s-a condiționat reflex pe calea masturbației.

Contractarea unei boli venerice de la partener reprezintă pentru femeie o adevărată traumă psihică, a cărei consecință poate merge uneori pînă la frigiditate.

Vîrsta începerii raporturilor sexuale influențează de asemenea obținerea orgasmului. La o vîrstă prea tînără, cînd nu există o maturizare sexuală fizică și psihică, orgasmul feminin se produce mai rar ; de asemenea, începerea tardivă a vieții sexuale include o diminuare a libidoului și a excitabilității ei sexuale.

FRIGIDITATEA PRIN FACTORI NEVROZANȚI

După unii autori (12), frigiditatea reprezintă o nevroză „în doi". Ea constituie un simptom nevrotic care pare să existe în funcție de partenerul greșit ales. Vechiul dicton că „nu există femei frigide, ci există numai bărbați nepricepuți" nu este exact. Se pare că responsabilitatea bărbatului în apariția frigidității depinde mai puțin de tehnica sa, sau de defectele sale și ține aproape exclusiv de maniera cu care este acceptat de parteneră. Acordul sexual se pare că depinde îndeosebi de echilibrul psihic al femeii și, în mod adjuvant, de cel al bărbatului. În imensa majoritate a cazurilor de frigiditate este imposibil de stabilit responsabilitatea fiecăruia dintre cei doi parteneri.

Frigiditatea se poate compara cu o piesă în doi, în care unul din actori este necunoscut.

Frigiditate se întîlneşte frecvent la femeile care suferă de nevroză : neurastenie, psihastenie (obsesivofobică), isterie. Nevroza sexuală se întîlneşte atît la femei, cît şi la bărbaţi.

În *nevroza astenică*, la simptomele acesteia se asociază frecvent diminuarea libidoului, a excitaţiilor şi a senzaţiilor erotice şi lipsa orgasmului.

În *psihastenie* predomină obsesiile, ideile fixe, fobiile. Pe un fond de teamă, de anxietate nejustificată, de neîncredere în sine, femeia este preocupată de aceste idei fixe, care îi vin în minte involuntar. Frigiditatea în aceste cazuri apare din cauza inhibiţiei psihice, indusă de starea de teamă şi de fobie. Fobiile anxioase sînt diverse şi ele cuprind : teama de sarcină, teama de brutalitatea soţului, teama de primul act sexual, frica de durere în timpul coabitării, teama de a nu fi surprinsă.

Uneori fobiile au un caracter ipohondriac : teama că se vor îmbolnăvi, că actul sexual le surmenează, teama să nu piardă urina în timpul orgasmului etc. Toate aceste temeri duc la instalarea frigidităţii totale şi sînt dificil de tratat, din cauză că bolnava îşi pierde încrederea în ea.

În *isterie,* emoţiile sînt mult amplificate şi, din cauza sugestiei exagerate, iau caracterul de şocuri emotive, care survin intermitent, sub formă de crize isterice, pitiatice. Crizele se caracterizează prin polimorfism simptomatic şi au caracter funcţional. Din punct de vedere sexual, aceste femei nu sînt mulţumite de copulaţie, senzaţiile lor sexuale sînt incomplete, actul sexual nu le dă satisfacţie şi ele nu ajung niciodată la orgasm.

FRIGIDITATEA PRIN FACTORI PSIHOPATICI

Alte cauze de frigiditate sînt stările constituţionale psihice morbide şi psihopatiile. Dintre acestea, cele în care se întîlnesc mai frecvent tulburări în sfera sexuală sînt : *schizofrenia, melancolia, psihoza maniaco-depresivă.*

Schizofrenia debutează, uneori, o dată cu maturizarea şi primele semne constau în dispariţia sentimentelor şi afecţiunii pentru familie, prieteni şi cei din jur. Din

cauza disocierii personalităţii psihice, a lipsei de afectivitate, apare frigiditatea totală.

În cazul sindromului melancolic apar un dezgust de viaţă, o indiferenţă afectivă, o inhibiţie psihomotorie, cu încetinirea ideaţiei şi tendinţă la inerţie — cadrul în care îşi face loc frigiditatea.

TRATAMENTUL FRIGIDITĂŢII

Frigiditatea este o boală care se poate trata.

Terapeutica frigidităţii este în funcţie de forma clinică etiopatogenică : simptomatică (secundară), funcţională (psihogenă) şi criptogenetică.

În toate formele de frigiditate, se recomandă un tratament igienodietetic, care are o valoare adjuvantă.

Mai mulţi autori insistă asupra înlăturării factorilor care întreţin surmenajul fizic şi psihic. Au un efect pozitiv : viaţa în aer liber, exerciţiul fizic moderat, sportul, voiajul, climatoterapia alpină şi maritimă.

Regimul alimentar constă dintr-un regim normocaloric, care să conţină alimente şi băuturi cu proprietăţi excitante : bogat în proteine (carne, peşte, raci), în condimente (cafea, cacao, ciocolată, vanilie, piper, ardei, muştar), băuturi alcoolice în doze mici (coniac, şampanie, vin vechi). Însăşi starea de bună dispoziţie şi acţiunea congestivă a digestiei acţionează favorabil asupra dorinţei sexuale.

TRATAMENTUL FRIGIDITĂŢII SIMPTOMATICE

În frigiditatea de origine neurologică, leziunile sînt de obicei ireversibile.

În frigiditatea care apare în cadrul afecţiunilor ginecologice se recomandă *tratamentele antiinfecţioase şi antiinflamatorii.* De asemenea, fizioterapia (diatermie de slabă intensitate sau ultrascurte) are efecte favorabile. Curele balneare, prin acţiunea tonică asupra sistemului nervos central şi prin principiile pe care le conţin, acţionează asupra troficităţii căilor genitale. La noi, apele şi **nămolurile de Sovata, de Techirghiol** sînt indicate în pro-

cesele inflamatorii cronice genitale ; de asemenea, apele clorurosodice concentrate, care au un efect excitant.

Tratamentul chirurgical este indicat în unele malformaţii genitale, congenitale (absenţa vaginului, imperforaţia himenului, bride şi septuri vaginale) sau dobîndite (prolapsul vaginal sau uterin, rupturi de perineu, cicatrice stenozante, retroversia sau anteversia uterină blocată etc.).

În teleclitoridie, se recomandă coborîrea operatorie a clitorisului (clitoricatezie) prin procedeul Halban-Narjani (4, 15), care constă în secţionarea ligamentelor suspensoare ale clitorisului. Mai mulţi autori (Palmer, Bedrine, Chalier) au raportat cazuri de vindecare a frigidităţii prin această metodă chirurgicală.

În frigiditatea care însoţeşte afecţiunile generale se va face tratamentul bolii de fond. Aceasta constă în corectarea : anemiei, diabetului zaharat, obezităţii ; se vor face dezintoxicarea în intoxicaţiile cronice amintite, tratamentul antiluetic, corectarea avitaminozelor.

Corectarea obezităţii are un efect pozitiv asupra reglării funcţiei ovariene şi a reapariţiei orgasmului, pentru că în acelaşi timp dispare şi inhibiţia psihică întreţinută de complexul de inferioritate somatic. În obezitatea de origine hipotalamică, tratamentul este dificil şi deseori ineficace.

Tratamentul hormonal este indicat în tulburările endocrine, ovariene şi extragonadice.

Administrarea de hormoni estrogeni este indicată în toate stările de insuficienţă ovariană şi în postclimacterium. Hormonii estrogeni sînt ineficace, chiar în doze mari, la femeile cu frigiditate constituţională, criptogenetică (13).

În privinţa căilor de administrare a estrogenilor, acestea sînt în funcţie de intensitatea insuficienţei ovariene. Se pot administra parenteral în injecţii i.m. sau în aplicaţii locale genitale. Administrarea locală a estrogenilor sub formă de ovule vaginale dă, uneori, rezultate excelente în caz de hipoplazii cu hipotroficitate vaginală şi la femeile în postclimacterium. Administrarea locală vaginală de estrogeni are foarte mare influenţă asupra atractivităţii sexuale a femelei primate, dar creşte mai puţin receptivitatea (Trimble).

În frigiditatea din insuficienţa ovariană de natură hipofizară se recomandă un tratament stimulent cu hormoni gonadotropi (prolan).

În frigidităţile din sindroamele endocrine extraovariene se recomandă tratamentul de reechilibrare endocrină a stărilor hiper- sau hipofuncţionale glandulare. O atenţie deosebită trebuie acordată corectării stării de hipotiroidie, chiar benignă, cu hormoni tiroidieni (triiodotironină, tiroidă).

Hormonii androgeni sînt indicaţi în frigiditatea criptogenetică şi în caz de frigiditate simptomatică rezistentă la tratamentul bolii de fond, ca şi în stările de hiperfoliculinie care se însoţesc de frigiditate.

După mai mulţi autori (Greenblath, Loesser, Hirtz, Turpaul, Bernard), androgenii au o acţiune eficace.

Căile de administrare a hormonilor androgeni sînt următoarele : parenteral, în injecţii i.m. 75—200 mg testosteron/lună ; cele mai bune preparate sînt cele cu resorbţie lentă (Testolent, 1 fiolă injectată i.m. la 14 zile, sau Sterandryl de 100 mg/fiolă, în injecţie i.m. la 14 zile) ; pe cale perlinguală se pot administra tablete de metiltestosteron a 5 mg, 1—2/zi ; percutan, testosteronul se poate administra sub formă de unguente, pomezi, pe regiunea clitoridiană în caz de microclitoridie. Grom (citat de 3) a tratat astfel de frigidităţi introducînd testosteron, cu ajutorul unei seringi, în sacul prepuţial clitoridian, de 2 ori/zi, începînd din ziua finelui menstruaţiei şi continuînd pînă cu 4 zile înainte de menstra următoare. O dată cu corectarea hipotrofiei clitoridiene s-a corectat şi frigiditatea. Sensibilitatea maximă clitoridiană nu este proporţională cu hipertrofia maximă, şi apare cu mult înainte (Trimble, Herbert, 1968). Testosteronul nu are efect în ceea ce priveşte creşterea atractivităţii feminine, ci numai în privinţa creşterii receptivităţii (responsivităţii) (Herbert, 1967),

Hirtz recomandă mai întîi 10 mg de estradiol, apoi 10 mg testosteron/zi, la două zile, de 10 ori pe lună.

Alţi autori au utilizat implante de testosteron, în doze variind de la 100 la 300 mg/lună, cu rezultate bune.

În general, dacă doza de testosteron administrată lunar este suficientă, aproape întotdeauna apar efectul stimulator asupra libidoului și obținerea orgasmului. Singurul inconvenient al utilizării testosteronului este apariția semnelor de virilizare, care se ivesc în general la o doză de 300 mg/lună, uneori chiar și la o doză mai mică, în funcție de receptivitatea bulbilor piloși.

TRATAMENTUL FRIGIDITĂȚII FUNCȚIONALE (PSIHOGENE)

Acesta constă într-un tratament complex, de reechilibrare a sistemului nervos central și vegetativ, și îndeosebi în psihoterapie sau terapie de desenzitizare sistematică (metoda Wolpe) (17).

Reechilibrarea sistemului nervos central se obține cu o medicație care se adresează stării de excitabilitate sau de inhibiție corticală, deci cu o medicație sedativă sau tonică. Ca sedative se recomandă : Extraveral, Pasinal, Ciclobarbital, în doze mici în caz de insomnii. Ca tonice se recomandă : acid fosforic (Fosfobion), stricnină (contraindicată la anxioși), vitamina B_1 fortissim. Mai mulți autori insistă asupra efectelor echilibrante ale calciului asupra sistemului nervos central.

Echilibrarea neurovegetativă se adresează stării de hipersimpaticotonie sau hiperparasimpaticotonie.

Ca simpaticolitice se recomandă iohimbina (3×5 mg/zi; contraindicată la hipotensive), care are și un efect afrodiziac.

Ca parasimpaticolitice se recomandă : beladona, atropina, scopolamina. Ca excitante ale parasimpaticului sînt indicate : pilocarpina, ezerina, acetilcolina. Ca o medicație amfolitică, indicată în stările de hiperamfotonie, se recomandă Bergonal sau Belergal, Bellaspon.

Palazzoli și alți autori au insistat asupra rezultatelor bune care se pot obține în frigiditate prin metoda reflexoterapiei nazale (centroterapia Bonnier).

Psihoterapia utilizată sub diverse forme este metoda cea mai indicată și cu rezultatele cele mai bune în cazul frigidității psihogene.

Psihoterapia sub formă de narcoanaliză este utilizată la marile hiperemotive, în psihastenie și în isterie.

După aplicarea psihoterapiei, Michele-Wolfrom (12), pe o statistică de 784 de frigide, evaluează rezultatele acestui tratament astfel :

Succes	14%	41 %
Ameliorare	27%	
Rezultate discutabile :		
— schimbarea partenerului	7%	27 %
— divorț	4%	
— eșec acceptat	16%	
Eșec și necunoscute		32 %

O altă metodă modernă este terapia comportamentului *(Behaviour Therapy)*, care poate fi definită ca o încercare de a modifica comportamentul uman și emoțiile într-un mod favorabil individului, pe baza legilor teoriei moderne asupra procesului de învățare (legi stabilite de Pavlov și dezvoltate de școlile de psihologie americană și engleză). Această metodă se delimitează net de metodele psihoterapiei și psihanalizei, bazate pe principiile freudiene, și folosește datele obiective ale observatorului extern, și nu introspecția și interpretarea. Termenul de „terapie comportamentistă" este folosit numai din 1960, deși diverse metode de acest gen au fost aplicate mai de mult. Aceste metode s-au impus abia prin studiul lui Wolpe Joseph *„Psychotherapy and reciprocal inhibition"* din 1959 (considerat de Eysenek, fondatorul terapiei comportamentiste).

Aplicarea terapiei comportamentiste la bolnavele frigide pleacă de la considerarea frigidității (cu excepția cazurilor de frigiditate organică) drept un mod de comportament învățat greșit în cursul vieții, prin asocierea anxietății la activitatea sexuală. Nu se poate însă nega că unele femei pot să nu fie „echipate" genetic pentru răspunsuri erotice.

Terapia comportamentistă este indicată pe toată scara frigidităților, de la femei care se bucură de coitus, dar nu realizează orgasmul, pînă la cele care condamnă orice activitate sexuală. Nu este indicată aplicarea metodei la frigiditățile acute, de scurtă durată, care apar în timpul sau după sarcină și lactație, deflorare, boli fizice și nici

la cele datorate unei tehnici sexuale greşite, corectabile prin instrucţie şi informare. Baza fiziopatologică a tehnicii Wolpe (17) constă în aceea că ea urmăreşte eliminarea treptată a obiceiului de a răspunde anxios la un stimul condiţionat (de exemplu, condiţiile actului sexual), folosind asocierea unui stimul necondiţionat (relaxarea musculară) care produce o inhibiţie reciprocă. Prin asocieri succesive, legătura dintre anxietate şi stimulul condiţionat care o evocă va fi slăbită pînă la desfiinţarea ei. Experimente pe animale (la care se foloseşte ca stimul necondiţionat inhibitor al anxietăţii hrănirea) dovedesc justeţea acestor principii. La om, în terapia prin inhibiţie reciprocă a nevrozelor, s-a folosit hrănirea, emoţiile plăcute „uzuale" etc. Wolpe foloseşte relaxarea musculară profundă, care inhibă puternic anxietatea, aşa cum a dovedit E. Jacobson, în 1938, prin tehnica sa, care cuprinde trei etape :

1. Bolnava este învăţată cum să-şi relaxeze progresiv musculatura.
2. Se construieşte o ierarhie a condiţiilor în care apare anxietatea bolnavei pe baza anamnezei, a testelor psihometrice şi a consultării permanente a opiniei bolnavei, care va stabili, în ultimă instanţă, ordinea stimulilor ce-i provoacă teama.
3. Încep şedinţele propriu-zise de terapie, în care bolnavei, complet relaxată, i se prezintă verbal (apelîndu-se la imaginaţia ei) stimulii care-i provoacă anxietatea, începînd cu cei mai slabi şi urcînd, gradat, spre situaţiile cele mai eficiente în a provoca frica. Noul stimul este introdus numai cînd bolnava este capabilă să-şi imagineze scena precedentă fără a simţi anxietate (pacienta, fiind complet relaxată, semnalează situaţiile care o tulbură, ridicînd indexul mîinii stîngi).

A. A. Lazarus (8) aplică metoda lui Wolpe (terapia de desenzitizare sistematică) în 16 cazuri de frigiditate persistentă refractară la orice altă formă de tratament şi obţine recuperare (vindecarea) în 9 cazuri după o medie de 28,7 şedinţe terapeutice.

Prognosticul frigidităţii psihogene. Michele-Wolfromm face unele constatări surprinzătoare (11). Prognosticul nu ar depinde nici de vîrsta pacientei, nici de condiţiile sale de viaţă, nici de numărul copiilor, sau, cu atît mai puţin, de bărbatul ales, ci de următorii factori care acţionează în cursul psihoterapiei :

— de şansa ca pacienta frigidă să revină la o nouă şedinţă de psihoterapie ;
— de trăsăturile personalităţii feminine ;
— de posibilitatea de acomodare a cuplului.

BIBLIOGRAFIE

(Tulburările sexuale la femeie)

1. Bernard, I., R. Pauly — Les copulations sans orgasme. În : Les dyspareunies et les anaphrodisies chez la femme.
2. Bessède — La libido dans les syndromes endocrines extragonadeaux. Thèse, Paris, 1948.
3. Binet A., I. Bernard, L. Chastrusse, E. Douay, J. Hartemann, R. Mahon, J. Mathieu, R. Palmer, R. Pauly, E. Pollosson, P. Ulrich — Les dyspareunies et les anaphrodisies chez la femme. Expansion Scientifique Française, Paris.
4. Bonaparte M. — Opération de Halban-Narjani, *Bull. Soc. Sexolog., 1 ;* 5, 1933.
5. Dumas P. — *Un. méd. Can., 85* ; 5 : 539, 1956.
6. Kinsey A. C. — Le comportement sexuel de l'homme, Parois, Paris, 1948, p. 280.
7. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Marin C. E. — Le comportament sexuel de la femme, Amiot Dumont Paris, 1954.
8. Lazarus A. A. — The Treatment of Chronic Frigidity by Sistematic Desensitization. În : Experiments in Behaviour Therapy, *Eysenck H.* (ed.) Pergamon Press, Oxford, 1964.
9. Lieveaux A. — *Rev. franç. Ginéc., 6,* 1967.
10. Masters W. H., Johnson V. E. — Les réactions sexuelles — traduit de l'américain, Robert Laffout, 1968.
11. Michele-Wolfromm H. — Gynécologie psychosomatique, Masson et Cie., Paris, 1963.
12. Michele-Wolfromm H. — L'évolution psychiatrique, 1969, vol. XXXIV, fascicola I, p. 1—25.
13. Milcu Şt. M., Stoica T., Coculescu M. — *Obstet. şi ginec., 27 ;* 5 : 537, 1969.
14. Moricard F. — Hormonologie sexuelle humaine, Masson et Cie., Paris, 1943, p. 119.
15. Palmer — Deux cas de frigidité par téleclitoridie traité opératoirement. Question Gynécologique d'Actualité, vol. III, fascicola I, 1943.
16. Ulrich — Nymphomanie et stérilité, *Soc. Franç. de Ginec.,* Expansion Scientifique Française, Paris, 1935.
17. Wolpe J. — *J. nerv. ment. Dis., 132 :* 189—203, 1961.

HIPERSEXUALITATEA

Ne vom referi îndeosebi la aspectul funcţional al problemei, adică la stările în care există o exacerbare a dorinţei sexuale, un erotism excesiv. De obicei, în aceste cazuri, persoanele se adresează mai rar medicului, spre deosebire de stările de deficit sexual.

În general, este dificil să se aprecieze starea de hipererotism, deoarece, din punct de vedere cantitativ, comportamentul sexual prezintă mari variaţii individuale, ceea ce pentru un subiect este normal, pentru un altul poate să fie puţin sau mult. Cu toate acestea, există bărbaţi şi femei cu hipererotism patologic, care ajung să consulte medicul, sfătuiţi de anturaj, sau pentru că prezintă agresivitate sexuală care contravine bunelor moravuri.

Erotismul normal la ambele sexe depinde de factori neuropsihici, de stimuli din mediul extern şi de cei din mediul intern, reprezentaţi îndeosebi prin hormonii sexuali şi de factorul genetic. Secreţia în exces a hormonilor androgeni sau estrogeni produce modificări caracteristice ale organismului, în funcţie de sex şi de vîrsta la care acţionează. Astfel, secreţia de hormoni sexuali înainte de vîrsta pubertară determină pubertatea precoce sau precipitată, cu apariţia caracterelor sexuale morfologice şi funcţionale înainte de vreme şi, de asemenea, a hipererotismului. Uneori, chiar în cazul instalării unei pubertăţi normale din punct de vedere cronologic, se poate produce o secreţie intensă de hormoni sexuali, cu apariţia consecutivă a erotismului juvenil. Această creştere a erotismului la puberi şi adolescenţi poate să ducă deseori la

apariţia masturbaţiei. Dar exacerbarea erotică pubertară este tranzitorie şi se normalizează o dată cu începutul vieţii sexuale adulte.

Este cunoscut că, impulsul sexual al adultului creşte în anumite condiţii de mediu extern (climat cald şi uscat ; primăvara ; alimentaţie excitantă ; educaţie erotizantă) şi în anumite stări fiziologice sau patologice ale organismului. Libidoul creşte într-o stare de oboseală uşoară, în stările subfebrile şi toxice (la început), ca şi în stările de hipoglicemie. Medicii cunosc starea de excitaţie sexuală care se întîlneşte frecvent la bolnavii care ies din comă hipoglicemică. Stările contrarii celor de mai sus ca, supraalimentaţia, obezitatea, hiperglicemia au ca efect o diminuare a libidoului.

De asemenea, sînt cunoscute stările de creştere a libidoului la bolnavii cu tuberculoză sau la începutul toximaniilor (alcoolism, cocainomanie, morfinomanie etc.). În unele cazuri, comportamentul sexual excesiv se datoreşte diminuării proceselor inhibitorii corticale, aşa cum se întîlneşte la unii psihopaţi, epileptici sau oligofreni.

În afară de cazurile de mai sus, există şi alte stări în care manifestările comportamentale sexuale sînt în exces în mod periodic sau dacă sînt permanent, realizează aşa-numitul temperament hipergenital, care are cerinţe sexuale mai mari decît în mod normal.

Secreţia în exces de hormoni sexuali de cauză organică sau funcţională, cînd apare în viaţa adultă nu mai antrenează modificări somatice ale organismului, ci se poate manifesta numai prin exagerarea impulsului sexual şi a potenţei sexuale. Asemenea subiecţi prezintă, în general, o atracţie erotică intensă faţă de sexul opus, au o afectivitate bogată şi o potenţă sexuală crescută.

HIPERSEXUALITATEA LA BĂRBAT

Unii bărbaţi sînt capabili de performanţe sexuale pe perioade lungi din viaţa lor. Un bărbat puternic, dotat sexual, iese din cadrul normalului, dacă libidoul său se exprimă ca o dorinţă sexuală urgentă, care îl duce la gratificaţii neobişnuite, mai puţin selective, sau chiar

deviate. Hipererotismul la bărbaţi survine fie consecutiv unor tulburări cerebrale sau endocrine, fie este de origine psihică, ca o manifestare compulsivă, obsesională.

În prima categorie, intră hipererotismul care poate să apară în unele cazuri după encefalite sau traumatisme cerebrale, în prima fază a tabesului, la unii schizofreni sau în starea de excitaţie de tip maniacal. La unii epileptici, de asemenea, se poate întîlni un hipererotism patologic. În urgenţele sexuale, ale psihopaţilor, aceştia sînt acaparaţi de necesităţi sexuale care apar ca o dominantă.

Creşterea libidoului şi a potenţei sexuale se poate întîlni în caz de hiperandrogenism. Secreţia crescută de testosteron poate fi datorită fie unei tumori testiculare leydigiene, fie unei hiperstimulări testiculare printr-un exces de gonadotropi hipofizari. Impregnarea excesivă cu hormoni androgeni are un efect tonifiant asupra organismului, creşte dezvoltarea musculară, ca şi forţa fizică şi intelectuală, dar determină şi o creştere a impulsului erotic şi a dorinţei sexuale, care uneori poate merge pînă la agresivitate sexuală. Hipersexualitatea se manifestă printr-o erotizare excesivă, uneori ajungînd la obsesii şi tulburări de comportament de tip agresiv, care se pot exterioriza prin delicte care vizează bunele moravuri. Trebuie precizat însă, că nu există o corelaţie direct proporţională între creşterea secreţiei de androgeni şi creşterea potenţei sexuale, deoarece în mecanismele de declanşare a comportamentului sexual intervin din plin factorii neuropsihici.

Excesul de androgeni la adult determină exagerarea pilozităţii pe faţă şi pe corp : barba şi mustăţile cresc într-un ritm mai rapid, firul de păr devine mai gros şi mai rezistent, iar perii de pe cap pot uneori să se rărească din cauza seboreei. Pielea devine mai groasă, apar acneea şi seboreea, datorită acţiunii testosteronului asupra glandelor sebacee, pe care le hipertrofiază. Tot sub acţiunea androgenilor, în tegumente se depune mai mult pigment melanic, iar expunerea la soare face ca bronzarea să se producă mai repede şi mai intens.

Hipertiroidismul moderat determină un hipererotism, dar în acelaşi timp favorizează şi ejacularea precoce.

În privinţa hipererotismului psihic compulsiv, acesta este prezent la subiecţii care au preocupări obsesive sexuale şi la cei care trăiesc în promiscuitate sexuală.

În cadrul promiscuităţii compulsive cronice, observatorii disting două tipuri : „donjuanismul“ şi „casanova“.

„Donjuanul“ este seducătorul de carieră care aleargă, seduce şi posedă femeile, dar este incapabil să se ataşeze de vreuna din ele. Deseori, în acest comportament el nu simte satisfacţie, ci mai mult o vanitate şi îndeosebi vrea să-şi alunge îndoielile asupra propriei virilităţi. Donjuanul este un vînător de femei, narcizic, anxios şi agresiv.

Hipererotismul compulsiv, obsesiv relevă o tulburare psihică şi în unele cazuri se poate manifesta sub formă de anxietate sau excitaţie psihomotorie mergînd pînă la masturbaţie, exhibiţionism sau violenţă sexuală, care nu oferă satisfacţie sexuală individului.

Tipul opus „donjuanului“ este aşa-zisul „casanova“. Acesta este preferatul mai multor femei. El pare să fie stimulat mai mult de o necesitate urgentă sexuală inconştientă de a se răzbuna pe fiecare femeie, de care îl leagă o anumită rănire a amorului propriu pe care a resimţit-o cîndva.

Hipererotismul obsesional reprezintă o tulburare psihică şi tabloul clinic este similar erotomaniei feminine, însă este mai rar ca la femei.

Tot în cadrul hipererotismului intră şi tabloul clinic de „satiriazis“, în care impulsul sexual se prezintă ca o stare de excitaţie sexuală inepuizabilă şi individul este amator şi gata oricînd de activitate sexuală. Aceşti subiecţi deseori se dedau la acte exhibiţioniste sau la alte atitudini perverse.

O situaţie specială o reprezintă creşterea libidoului la bărbaţii care sînt la preclimacteriu viril (preandropauză). Bărbaţii în această perioadă, pe lîngă o labilitate neuropsihică şi vegetativă accentuată, uneori au idei fixe, iar din cauza creşterii libidoului pot cauza conflicte familiale.

HIPERSEXUALITATEA LA FEMEIE

La femeia adultă, excesul de hormoni estrogeni se traduce deseori, printr-un erotism excesiv şi modificări funcţionale şi organice (la nivelul tractului genital). În hiperestrogenismul prin leziuni organice (foliculom, folicul persistent, ovarită sclerochistică, hiperplazie tecală, tumoare a granuloasei) predomină tulburările genitale, pînă la constituirea hiperplaziei glandulochistice uterine cu apariţia menometroragiilor, în timp ce în hiperestrogenismul funcţional (prin dereglarea hipotalamo-hipofizo-ovariană) şi relativ (insuficienţa hepatică, insuficienţă progesteronică), predomină tulburările neurovegetative şi sindromul de tensiune premenstruală.

Erotismul excesiv feminin apare şi în alte dereglări endocrine extrahipofizoovariene, cum sînt hiperandrogenismul, hipertiroidismul moderat. De asemenea, mai poate apare în tuberculoza cronică, alcoolismul incipient, pruritul vaginal etc.

Comportamentul sexual excesiv al femeii este etichetat de medici şi de public sub diverşi termeni : nimfomanie, hipersexualitate sau erotomanie. Este bine să lămurim semnificaţia fiecărui termen utilizat. W. Pasini (4) dă următoarele definiţii :

— hipersexualitatea se defineşte printr-o activitate sexuală superioară mediei grupului social de apartenenţă şi spre deosebire de nimfomanie, are un scop specific sexual normal sau pervers şi este mai bine autocontrolată ;

— nimfomania reprezintă o necesitate necontrolabilă şi nepotolită de a avea relaţii sexuale independent de faptul că sînt satisfăcătoare sau nu ;

— erotomania reprezintă un comportament sexual inadecvat care are la bază un delir cu temă erotică şi se întîlneşte în unele psihoze ; în faza maniacă a psihozei maniaco-depresive, în schizofrenie, în paralizia generală progresivă sau în demenţa senilă.

Din cele trei categorii clinice amintite, merită mai multă atenţie primele două.

Hipersexualitatea se referă fie la un comportament sexual normal dar excesiv, fie patologic pervers. În cazul

hipersexualităţii perverse actul sexual nu este realizabil şi satisfăcător decît în circumstanţe particulare şi cu un anumit partener. Actul sexual nu este supus voinţei şi are tendinţe perverse inconştiente.

Comportamentul feminin hipersexual se defineşte în funcţie de numărul partenerilor, de frecvenţa şi calitatea raporturilor sexuale în comparaţie cu media grupului unei populaţii anumite.

Etiopatogenia comportamentului hipersexual nu este întrutotul clarificată. Se admite că temperamentul hipersexual ar fi o parte integrantă a constituţiei biologice. La rîndul ei constituţia biologică este determinată de factori genetici şi influenţată de factori din mediul intern şi extern. Mediul extern influenţează comportamentul sexual prin factori psihologici, sociali, în cadrul experienţei trăite.

În ceea ce priveşte influenţa factorilor din mediul intern şi îndeosebi ai celor de origine endocrină asupra comportamentului sexual, unii autori au studiat erotismul feminin excesiv la un număr de femei între 20 şi 45 de ani şi le-au grupat în următoarele categorii :

— femei hiperhipofizofoliculinice (cu hiperfoliculinie prin exces de hormoni gonadotropi hipofizari) ;

— femei hiperhipofizoluteinice (cele cu exces de progesteron prin suprastimulare gonadotropă hipofizară) ;

— femei cu hiperandrogenism (cele care au o secreţie crescută de androgeni de origine suprarenală sau prin tumori musculinizante de ovar) ;

— femei hipertiroidiene.

S-a constatat că femeile cu hiperfoliculinie de origine hipofizară au o excitabilitate strict vaginală şi excitaţiile exterioare rămîn la ele fără nici un răspuns sau determină reacţii minime. Orgasmul lor s-ar produce numai pe cale vaginală.

Conformaţia corporală a acestui tip de femei ar fi următoarea : talia mai scundă, durdulii, cu sînii ceva mai dezvoltaţi. Ele acuză sindromul de tensiune premenstruală (congestie mamară cu mastodinii, uneori cefalee, edeme ciclice, laxitate ligamentară, fragilitate capilară). Din punct de vedere afectiv, aceste femei prezintă o sensibilitate exagerată, excitabilitate intensă şi, de asemenea,

se deprimă uşor în cadrul unei labilităţi psihoafective şi neurovegetative. Sînt mai mult egocentrice şi instinctul matern la ele este puţin dezvoltat. Au voinţă şi putere de muncă fizică şi intelectuală. În ceea ce priveşte actul sexual, din cauza excitabilităţii crescute, obţin uşor orgasmul pe cale vaginală ; uneori, pot prezenta orgasme repetate într-un act sexual normal. Ca potenţă, de obicei, aceste femei întrec pe bărbaţi. Unele hiperfoliculinice, pe fondul de excitabilitate crescută, din cauza unor traume psihice minore, pot ajunge la deliruri erotice, iar din punctul de vedere al geloziei, aceasta este liniştită, mută, dar torturantă. Dozajul hormonal al gonadotropilor la femeile cu hiperfoliculinie, prin stimulare centrală hipofizară, a pus în evidenţă o creştere netă a gonadotrofinelor urinare (FSH), în timp ce hormonii estrogeni secretaţi sînt puţin sau normal crescuţi, iar pregnandiolul urinar este scăzut. Deci în aceste cazuri este vorba mai mult de hiperfoliculinie relativă prin insuficienţă progesteronică.

La femeile hiperhipofizoluteinice, la care există o secreţie crescută de progesteron prin exces de LH hipofizar, se observă un erotism exagerat, care este mai mult instinctiv, dictat de sentimentul matern. Ele au aptitudini de procreaţie deosebite şi sînt cele mai ataşate mame faţă de copii. Ele sînt de talie mijlocie sau scunde şi solide, fără să aibă tendinţa la obezitate.

La femeile care prezintă o secreţie în exces de hormoni androgeni (de origine suprarenală sau ovariană) predomină excitabilitatea clitoridiană. Din punct de vedere statural sînt de talie mijlocie sau scunde şi prezintă o pilozitate discretă (hirsutism), mai mult sau mai puţin de tip masculin, sînt stenice şi uneori agresive. Ele au o afectivitate puţin dezvoltată, predomină egocentrismul, iar instinctul lor matern este slab dezvoltat. Erotismul femeilor cu o funcţie suprarenală în exces se aseamănă, din unele puncte de vedere, cu acela al hipertiroidienelor. În ambele cazuri este vorba de un libidou exagerat, cu caracter dificil şi agresiv. Deosebirea dintre aceste două categorii este că hipersuprarenalele nu se amestecă în complicaţii afective, pe cînd hipertiroidienele au o afectivitate extremă, tumultuoasă şi cu labilitate marcată.

Aceste femei pot prezenta perioade cu excitaţii confuzionale' pînă la delir.

Gelozia hipertiroidienelor are un caracter agresiv şi interpretativ şi seamănă cu gelozia femeilor alcoolice sau cafeinomane.

Pe de altă parte, alţi autori ca Th. Benedek şi Kroger semnalează că hipersexualele nu prezintă curbe de secreţie hormonală suficient de pronunţate ca să explice comportamentul hipersexual.

Cercetări recente experimentale ale lui Masters şi Johnson par să arate că libidoul este în parte hormonodependent şi că activitatea sexuală este mai ales legată de stimulările mecanice locale şi de influenţele corticale. De altfel, la o femeie echilibrată din punct de vedere neuropsihic libidoul persistă mult timp după menopauză şi poate fi chiar crescut. De asemenea, este cunoscut libidoul exagerat care poate surveni la unele femei după histerectomie, ca şi după castrarea tîrzie. Aceste constatări se alătură aspectului electroencefalografic postcoital (reacţia Kawakami-Sawyer) de evidenţiere a unui efect de descărcare gonadotropă. Aceste elemente sugerează că în afară de un anumit prag al secreţiei de hormoni sexuali şi îndeosebi androgeni, libidoul este condiţionat şi de o anumită hipertonie a axului cortico-hipotalamo-gonadotrop.

Libidoul crescut a fost observat consecutiv unor encefalite sau leziuni cerebrale ; de asemenea, este posibil să apară şi în parkinsonismul postencefalitic, iar uneori apare la femeile epileptice netratate, în precriza epileptică, după sau în locul ei, ca o echivalenţă comiţială.

Libidoul exagerat la bolnavii cu tuberculoză cronică şi cu o stare generală satisfăcătoare s-ar explica printr-o acţiune stimulentă a toxinelor tuberculoase la nivelul centrilor hipotalamici ai comportamentului sexual.

Pentru diagnosticul diferenţial mai trebuie luată în consideraţie şi dorinţa sexuală exagerată care poate apărea în caz de prurit vulvar şi vaginal moderat, care poate fi confundat de către unele femei mai puţin experimentate ca o necesitate urgentă de a avea activitate sexuală. De aceea, ori de cîte ori o femeie acuză un libido exagerat, se recomandă investigarea în eventuali-

tatea unei leucorei, micoze vaginale, reacţii alergice genitale sau inflamaţii cronice.

Nimfomania. Ceea ce frapează la nimfomane este o necesitate sexuală nesaţiabilă, asimilabilă unei toxicomanii ; nici o jenă morală sau socială nu le reţin. Reprobarea societăţii nu are influenţă asupra lor. Satisfacţia lor sexuală uneori este prezentă, alteori absentă, dar nu aceasta are importanţă, deoarece nimfomana nu are reale nevoi sexuale, ci ea caută să fugă de solitudine, aleargă să găsească un contact fizic, o comunicare cu cineva. O caracteristică proprie a nimfomaniei este tocmai această lipsă de specificitate a obiectului sexual. Cînd nevoia sexuală se declanşează, întîmplarea este aceea care le apropie de un bărbat sau altul. Acest aspect diferenţiază nimfomania de alte forme de sexualitate patologică, ca de exemplu de hipersexualitatea perversă, cînd femeia cercetează mai mulţi parteneri sexuali pentru a alege unul cu anumite trăsături fizice, psihice sau patologice. Astfel delimitată, nimfomania este în realitate mai puţin frecventă decît se crede în general. După raportul Kinsey, numai 2% din femei au avut mai mult de 20 de parteneri sexuali. Există mai multe categorii de nimfomanie : compulsivă, orală, falică, psihopată.

Nimfomania compulsivă este o hiperactivitate sexuală întîlnită la femeile cu nevroză obsesională. Aşa după cum unele femei obsedate simt nevoia să se spele de nenumărate ori pe zi, altele simt această necesitate privind actul sexual. În această categorie ar intra şi reacţia sexuală a unor femei frigide cu hipoestezie sexuală, care simt nevoia unei copulaţii mai puţin ca o necesitate sexuală şi mai mult ca o fixaţie obsesională în căutarea de satisfacţii. La acestea este dificil de delimitat, necesitatea fiziologică, de obsesia psihică.

Nimfomania orală are ca scop să stabilească o relaţie cu cineva pentru a evita solitudinea şi a reîntări sentimentul propriei valori, a experienţei sale de viaţă. Acest gen de femei nu au preferinţe nete, heterosexuale, deoarece ele caută pe altcineva fără vreo specificitate.

Nimfomania falică se întîlneşte la femeile care nu acceptă psihic feminitatea lor şi ceea ce caută în raporturile sexuale nu este bărbatul ca atare, ci faptul că el este purtătorul organului viril pe care ar dori să-l posede.

La nimfomanele psihopate se manifestă puseul de erotism patologic datorită diminuării proceselor inhibitorii corticale şi ea se întîlneşte la unele oligofrene, epileptice sau arierate mintal.

În ceea ce priveşte patogenia nimfomaniei se consideră că comportamentul sexual patologic care scapă voinţei şi autocontrolului s-ar datora unei fixaţii a lor în stadiile precoce de dezvoltare psihosexuală.

TRATAMENTUL HIPERSEXUALITĂŢII

Dintre subiecţii cu hipersexualitate numai un număr mic consultă medicul pentru comportamentul lor sexual excesiv, deoarece în general, nu-l consideră morbid. De obicei, femeile se adresează ginecologului pentru alte acuze : prurit vulvar, o scurgere genitală sau pentru o boală venerică ; uneori se adresează internistului, endocrinologului sau psihiatrului, pentru o stare de nervozitate, de anxietate sau depresie pe care nu o leagă de tulburarea sexuală. Uneori soţii sau partenerii le îndrumă să consulte medicul, iar alteori, consultul este recomandat de autorităţile juridice.

Deseori medicului îi este dificil să deosebească un comportament sexual normal de unul excesiv patologic şi de aceea el se abţine de a pune un diagnostic şi îndrumă aceste femei la psihiatru. Trimiterea la psihiatru este justificată numai în caz de erotomanie şi nimfomanie, în care caz este necesară spitalizarea şi tratament prin psihoterapie, psihanaliză sau narcoanaliză. În cazurile de hipersexualitate, se recomandă sedative (bromură de potasiu, barbiturice), la care se asociază după caz tratamentul tulburării endocrine (al hiperestrogenismului, al hipertiroidismului sau al hiperandrogenismului). În cazurile de hipersexualitate unde patogenia este obscură, se recomandă administrarea de neuroleptice şi tranchilizante.

La bărbaţii cu hipersexualitate cauzată de o hiperfuncţie androgenică testiculară se recomandă tratament cu

hormoni estrogeni (pînă la 5 mg/zi în cazurile agresive). Acest tratament reduce libidoul, dar are răsunet și asupra substratului morfologic testicular ; astfel, în testicul apar modificări degenerative ale spermatogenezei. La sistarea tratamentului estrogenic, spermatogeneza reapare după 4—6 săptămîni și, de asemenea, libidoul revine la normal. Dunn propune dimensiunea ginecomastiei, care apare în cursul tratamentului, ca un criteriu de apreciere a inhibării libidoului.

Și în caz de hipererotism fără semne de hiperandrogenism tratamentul cu stilbestrol (1—2 mg/zi) dă rezultate bune, apoi se continuă cu o doză mică necesară pentru a menține un anumit grad de ginecomastie.

Ca și pentru femeile cu hipersexualitate, și la bărbații hipersexuali se recomandă sedativele, neurolepticele sau tranchilizantele. Pentru ambele sexe, în hipersexualitate un mijloc terapeutic eficace, care se poate asocia, este tratamentul cu extract de epifiză (Epifizan două fiole pe zi în injecții i.m. la două zile, timp de 20 zile pe lună și 10 zile pauză, care se repetă timp de 2—3 luni). De asemenea, administrarea de antitiroidiene are un efect inhibitor asupra sexualității excesive și îndeosebi la cei cu hipertiroidism.

La tratamentul medicamentos se asociază, obligatoriu, un tratament igienodietetic, care constă dintr-un regim de viață echilibrat, cu evitarea factorilor erotizanți, și un regim alimentar cu evitarea principiilor excitanți. Se mai recomandă practicarea culturii fizice și a sportului și evitarea climatului excitant alpin și maritim.

BIBLIOGRAFIE

(Hipersexualitatea)

1. Abely P., Richardeau N., Benoit J. C., Dedieu G. — *Ann. méd. psychol., 1* : 395, 1959.
2. Dunn Ch. — Male Hypogonadism, Disorders of Libido ; Homosexuality. În : „Endocrine Treatment in general Practice", New York 1953.
3. Oliven F. J. — Sexuale hygiene and pathology. J. B. Lippincott Co., Philadelphia — Montreal, 1955.
4. Pasini W. — *Méd. et Hyg. (Genève) 939*, 1796, 1970.

INTERSEXUALITATEA ORGANICĂ

Termenul de intersexualitate a fost introdus în biologie în 1917 de către Goldschmidt și definește „un tip de sexualitate care nu este nici masculin, nici feminin, ci ceva între sexe".

Pentru înțelegerea mecanismului patogenic al intersexualității este necesar să se reamintească etapele și nivelurile procesului de sexualizare : sexul genetic cromozomial, sexul gonadic, sexul gonoforic intern, sexul genital extern, sexualizarea neurocomportamentală perinatală, sexul somatic hormonal pubertar și sexul psihosocial-comportamental.

Intersexualitatea se poate realiza printr-o discordanță între etapele de sexualizare, între subetapele perioadei embriofetale sau combinat între etape și subetape.

Un exemplu de discordanță între etapele de sexualizare îl oferă disgenezia gonadală pură, în care cariotipul poate fi masculin, 46 *XY*, dar gonada nu s-a format, iar tractul genital intern și extern și morfotipul sînt feminine.

În pseudohermafroditismul feminin există o discordanță între sexul genetic feminin, ovare, sexul gonoforic intern feminin și organele genitale externe masculinoide.

Un exemplu de intersexualitate în care apare discordanța combinată între etape și subetape este sindromul testicului feminizant, care prezintă : cariotip *XY*, testicule, tract genital intern feminin, dar hipoplazic, iar

organele genitale externe feminine au clitoris normal sau hipertrofic. Gonadele secretă hormoni masculini şi feminini, dar receptivitatea organelor-ţintă este modificată.

În intersexualităţile determinate de incapacitatea testiculului embriofetal de a secreta androgeni în cantitate suficientă apar anomalii ale tractului genital intern şi (sau) extern. În funcţie de secreţia principiului „antimüllerian", normală, absentă sau deficitară, ductele interne pot fi respectiv masculine, feminine sau ambosexuale. Similar, în funcţie de secreţia principiului „virilizant" (care masculinizează organele genitale externe) în cantitate normală, absentă sau deficitară, organele genitale externe vor fi masculine, feminine sau ambosexuale.

În raport cu asimetria lezională a celor două testicule embrionare şi, de asemenea, în funcţie de combinarea deficienţelor celor două principii antimüllerian şi virilizant vor apărea diverse tipuri de intersexualitate.

Dintre formele de intersexualitate ne vom referi numai la unele din ele.

PSEUDOHERMAFRODITISMUL

Este o intersexualitate caracterizată prin discordanţa dintre sexul genetic cromozomial-gonadic şi sexul gonoforic intern-genital extern şi hormonal pubertar.

În cazul pseudohermafroditismului masculin, bolnavul prezintă testicule şi sex genetic masculin (46 *XY*) (în marea majoritate a cazurilor), dar are : gonoforele interne, organele genitale externe şi sexualizarea hormonală pubertară fie de tip feminin, fie ambosexual.

Pseudohermafroditismul feminin este o intersexualitate caracterizată prin sex genetic feminin (46 *XX*), ovare şi fenomene fenotipice eterosexuale (numai organe genitale masculine sau şi cele interne de tip masculin).

Deci pseudohermafroditismul ia numele de masculin sau feminin după tipul gonadei prezente, care corespunde cu sexul genetic. Frecvenţa pseudohermafroditismului la cele două sexe este apreciată ca fiind egală.

PSEUDOHERMAFRODITISMUL MASCULIN

Acesta prezintă testicule şi sex genetic masculin, dar acestea coexistă cu organe genitale interne şi externe feminoide. Testiculele au poziţie anormală, intraabdominală sau inghinală, iar din punct de vedere structural sînt disgenetice. Disgenezia orhitică poate lua mai multe forme : fie de formaţiune redusă la o bază de ţesut fibros lipsită de orice elemente structurale caracteristice, fie de formaţiuni progonadale medulare, fie de testicule foarte mici cu structura mai bine individualizată, dar alterată, sau de testicule cu dimensiuni infantile, uneori normale, dar cu leziuni tubulare şi interstiţiale. În privinţa organelor genitale externe, acestea sînt intersexuate în grade variabile de la un aspect foarte apropiat de tipul feminin, pînă la un aspect foarte apropiat de tipul masculin.

Overzier (24) propune o clasificare a malformaţiilor intersexuale genitale în cinci tipuri :

— *tipul I :* structuri perfect diferenţiate în sens feminin ;

— *tipul II :* început de hipertrofie clitoridiană ; sub clitoris se deschide meatul urinar ;

— *tipul III :* cavitate sinuziană în care se deschid uretra şi vaginul ;

— *tipul IV :* penis hipospad cu corpi cavernoşi : prezenţa uterului ;

— *tipul V :* diferenţiere de tip masculin, organele genitale interne pot fi variat conformate fie masculine, fie feminine sau intersexuate.

Aceşti bolnavi, îndeosebi primele două tipuri sînt declarate la naştere de sex feminin ; la pubertate apar elementele somatice hormonale de tip feminin, dar fără apariţia menstrelor ; comportamentul psihosexual este ca al unei femei, dar în cursul vieţii adulte apare virilizarea genitală (clitoris peniform) şi somatică (pilozitate masculină, îngroşarea vocii) şi comportamentul sexual poate deveni masculin cu posibilităţi copulatorii.

Testiculul feminizant. În 1940, Schiller a izolat o formă particulară de pseudohermafroditism feminin, pe care în 1948 Goldberg şi Maxwell o numesc testicul fe-

minizant. Ulterior Morris în 1953 publică o sinteză a acestui sindrom pe 82 de cazuri raportate în literatură pînă la acea dată şi stabileşte caracterele afecţiunii.

Frecvenţa afecţiunii este diferit apreciată : una la 20 000 de femei (Prader, 1961) ; una la 62 400 (Jagiello şi Atwell, 1962).

Caracterele clinice ale acestei curioase intersexualităţi sînt următoarele :

Aspectul somatic corporal este de tip feminin. Pilozitatea puboaxilară este, de obicei, absentă sau foarte redusă. Glandele mamare sînt, în general, normal dezvoltate, iar uneori sînt hipoplazice. Organele genitale externe sînt feminine, dar deseori sînt infantile sau de aspect prepubertar. Tractul genital intern prezintă un vagin hipoplazic sau acesta lipseşte complet ; clitorisul este normal dezvoltat sau hipertrofiat.

Absenţa uterului la o „femeie" cu cromatină sexuală negativă este apreciată de către Morris drept o caracteristică a sindromului ; de asemenea, absenţa colului uterin, a trompelor sau prezenţa lor în stare vestigială sînt caracteristice. În literatură sînt însă raportate şi cazuri în care uterul şi trompele sînt prezente în diferite stadii de dezvoltare pînă la normal.

Gonadele sînt întotdeauna testicule, dar au o poziţie criptorhidică sau ectopică. Uneori intervenţia chirurgicală pentru o hernie inghinală descoperă prezenţa unui testicul. Din punct de vedere histologic, structura gonadelor a fost comparată cu aceea a unor testicule imature. Sexul genetic al acestor „individe" este masculin.

Numeroase studii hormonale au dovedit că în sindromul de testicul feminizant se secretă valori normale de testosteron plasmatic ca pentru un bărbat, dar la aceşti subiecţi se constată o lipsă de receptivitate a organelor-ţintă la hormonii masculini. Aceşti subiecţi nu prezintă decît o slabă conversie a testosteronului în androstandiol. După unii autori (Mauvais Jarvis şi colab., 1969), în acest sindrom de testicul feminizant nu există un metabolism extrahepatic al testosteronului şi deficitul de 5-α-reductază ar explica absenţa masculinizării.

În privinţa eliminărilor de hormoni estrogeni, acestea sînt similare fie femeii adulte normale, fie bărbatului adult normal, iar uneori sînt crescute sau foarte crescute (Milcu şi colab., 20). Se pare că în acest sindrom, în prezenţa estrogenilor produşi direct sau indirect de către gonade, există o creştere marcată a capacităţii de legare a globulinei specifice pentru testosteron, care împiedică astfel acţiunea la nivelul organelor receptoare (Dray).

Testiculul feminizant este rareori diagnosticat la naştere sau în copilărie. La vîrsta pubertăţii în marea majoritate a cazurilor se produce o sexualizare feminină, dar ciclul menstrual nu apare şi femeia consultă pentru amenoree primară şi, bineînţeles, sterilitate.

Testiculul feminizant este o boală genetică transmisă numai de femei. Cromatina sexuală este negativă, iar cariotipul este de tip masculin (46 *XY*).

Subiecţii cu testicul feminizant au, din punct de vedere al diferenţierii psihosexuale, fie un comportament masculin, fie unul feminin, uneori ambosexual sau asexual (12).

Theller studiază un caz de testicul feminizant, care la naştere este declarat de sex feminin. La 45 de zile, în urma unei operaţii pentru hernie se descoperă testicule. De atunci este considerat ca băiat şi se cere schimbarea legală a sexului. La 5—7 ani se face corecţia organelor genitale externe (hipospadias vulviform) în sens masculin. La 12 ani se dezvoltă sînii şi adipozitate cu distribuţie feminină. Deşi crescut şi educat ca băiat el se consideră de sex feminin şi deşi nu are experienţă sexuală se simte atras de sexul masculin. La vîrsta de 19 ani solicită schimbarea sexului şi corijarea organelor genitale în sens feminin.

Stojanov relatează că într-un caz de testicul feminizant declarat la naştere de sex feminin şi crescut ca atare, la pubertate se dezvoltă somatic ambosexual (sîni, pilozitate faciotronculară şi hipertrofie clitoridiană), iar neuropsihic are un comportament masculin cu libido crescut şi masturbare cu imagini feminine.

În schimb, în cazurile lui Cassano şi Josso, sexualizarea neuropsihică era ambivalentă.

PSEUDOHERMAFRODITISMUL FEMININ

Pseudohermafroditismul feminin (ginandroidul) se caracterizează prin prezența ovarelor și a sexului genetic feminin, coexistînd cu organe genitale externe de aspect masculinoid. Aceste „individe" prezintă un clitoris peniform, cu hipospadias și cu fuziunea completă a labiilor mari, de aspect scrotiform fără testicule. Examenul genital arată un uter și trompe bine formate, un vagin separat și un sinus urogenital. Caracterele sexuale secundare nu apar decît după pubertate și sînt de aspect net feminin, iar, uneori, cu elemente de masculinizare somatică. Comportamentul psihic este feminin.

Clasificarea pseudohermafroditismului feminin (PHF) este dificilă. Seringe și colab. (28) fac o clasificare etiologică :

PHF de origine hormonală :

— hiperplazie congenitală suprarenală ;

— arrhenoblastoamele mamei ;

— hormonoterapia mamei cu : progestative, androgeni, estrogeni.

PHF fără cauză endocrină :

— forme teratologice ;

— forme criptogenetice.

Din această clasificare se remarcă că unele pseudohermafroditisme feminine sînt determinate de însuși organismul femel în etapa embriofetală prin hiperplazia corticosuprarenală congenitală, care secretă hormoni androgeni în exces. Altele sînt determinate de hormonii androgeni de proveniență maternă (arrhenoblastoamele mamei) sau prin administrarea la mama gravidă a unor hormoni ca : androgeni, progesteron sau chiar estrogeni. Unii autori (Zander, Müller, Overzier și alții) au observat apariția stărilor intersexuale după administrarea, în timpul sarcinii de metiltestosteron sau androstendiol. Willkins a susținut că derivații progesteronici devin nocivi cînd sînt administrați din a doua lună a sarcinii. Postnatal sursa de androgeni virilizanți poate fi o tumoare suprarenală sau o hiperplazie suprarenală dobîndită, iar, alteori, unele tumori masculinizante de ovar.

Intensitatea și nivelul la care se manifestă masculinizarea depinde de cantitatea androgenilor, de proprietățile lor masculinizante și de momentul în care acționează : în perioada embriofetală determină alterări ale tractului genital intern și (sau) a organelor genitale externe ; în perioada extrauterină determină numai hipertrofia clitoridiană, virilismul pilar și hipotrofia caracterelor sexuale feminine.

Malformațiile tractului genital, produse de virilizarea în perioada embriofetală, au fost clasificate de Prader în 5 tipuri :

Tipul I este rar și reprezintă manifestarea cea mai discretă a afecțiunii. Vulva este normal formată, lipsește sinusul urogenital. Hipertrofia clitoridiană este singurul semn patologic.

Tipul II este mai frecvent și prezintă clitorisul hipertrofiat, un vestibul strîmtat, în profunzimea căruia orificiile vaginal și clitoridian sînt foarte apropiate unul de altul. Labiile mari sînt de aspect scrotal, dar separate.

Tipul III prezintă clitorisul voluminos, iar la baza lui se deschide un orificiu care simulează meatul și are acces într-un sinus urogenital, în profunzimea căruia orificiul vaginal și cel uretral se află unul lîngă altul. Labiile mari au aspect de scrot parțial fuzionat.

Tipul IV prezintă clitorisul peniform cu prepuț dorsal, iar pe fața ventrală există un șanț care parcurge distanța de la gland pînă la baza lui, unde se află o deschizătură meatică ; labiile mari sînt de aspect scrotal, dar incomplet fuzionate, iar în uretră se deschide și vaginul ; există prostată.

Tipul V prezintă masculinizarea organelor genitale externe completă. Penisul are prepuț circumferențial și canalizare uretrală totală. Labiile mari sînt sudate, simulînd un scrot, dar gol. Vaginul se deschide foarte sus în uretră. Această formă apare excepțional de rar și, de obicei, se asociază cu un sindrom de pierdere de sare grav. Deseori acești bolnavi mor în primele zile după naștere.

În clinica de endocrinologie I.M.F. — București, noi am avut ocazia să studiem și să urmărim două surori cu pseudohermafroditism feminin (T. Stoica și colab, 30).

Aceste bolnave s-au internat în spital tardiv, la vîrsta de 21 și respectiv 25 de ani. Astfel, am avut posibilitatea să observăm cum a evoluat pînă la această vîrstă pseudohermafroditismul feminin prin hiperplazie corticosuprarenală congenitală. În cele ce urmează prezentăm aceste două cazuri :

Cazul C. E., sora cea mică, a prezentat ca antecedente patologice amigdalectomie la 10 ani și apendicectomie la 12 ani. Din prima copilărie a fetei, părinții au observat malformația congenitală a aparatului genital, constînd din clitoris peniform și lipsa orificiului vaginal. La 12 ani, bolnava este operată în Clinica de ginecologie din Tîrgu Mureș, unde prin laparatomie, se constată prezența ovarelor, practicîndu-se deschiderea orificiului vaginal. La 13 ani, bolnava observă apariția părului pubian și axilar, iar la 16 ani pilozitatea apare cu intensitate pe față. Ciclul menstrual nu apare, glandele mamare nu se dezvoltă, vocea rămîne joasă, iar somatic bolnava ia aspect viriloid cu hipertrofie musculară.

Se internează la vîrsta de 21 de ani în Clinica de endocrinologie pentru malformații ale tractului genital, amenoree primară, virilism pilar. La examenul obiectiv se constată facies masculinoid (barbă, mustăți), tegumente aspre, rugoase cu hiperseboree și acnee pe față și spate. Inserția părului capului este de tip masculin, cu intrînduri temporale, prezentînd pilozitate pe linia albă și pe membre. Centura scapulară este foarte dezvoltată atît osos, cît și muscular, cu diametrul biacromial mai mare cu 7 cm decît cel bitrohanterian. Glandele mamare sînt atrofiate cu areolele intens pigmentate. Înălțimea 159,6 cm ; greutatea 69,2 kg : pulsul 56/min. ; tensiunea arterială 14,8 cm Hg cu 8 cm Hg. Examenul visceral este normal. Examenul genital arată : pilozitate pubiană de tip masculin, labiile intens pigmentate și cutate de aspect scrotiform, clitorisul peniform de mărimea unui police cu prepuț decalotabil, meatul urinar perineal, mucoasa vulvară atrofică, orificiul vaginal deschis prin intervenție, uter atrofic cu col mic, anexe libere. Examenul genital evidențiază un sinus urogenital — varianta vagin orb, deschis chirurgical. Ca sex psihosocial și comportament bolnava se considera femeie.

Cromatina sexuală : Barr +. Formula cromozomială nu a fost cercetată, dar se știe din literatură că este 46 *XX*.

Cromatograma 17-cetosteroizilor (CS) cu 8 fracțiuni :

I, II, III	35,29 mg/24 de ore	41,9%
IV	25,63 mg/24 de ore	27,9%
V	13,11 mg/24 de ore	15,6%
VI, VII	8,62 mg/24 de ore	10,1%
VIII	3,83 mg/24 de ore	4,5%
17-CS totali	86,48 mg/24 de ore	

Raportul A/E (androsteron/etiocolon) = 1,8.

Se constată că valoarea foarte mare de androgeni provine îndeosebi din corticosuprarenale (fracțiunile I, II, III).

Dozarea 17-OHCS (P.S.) = 6,71 mg/24 de ore, deci normală.

Proba de inhibiție cu cortizon 100 mg/zi, timp de 10 zile a arătat :

— valorile de bază ale 17-CS = 72,6 mg/24 de ore ;

— valorile după inhibiție ale 17-CS = 4,68 mg/24 de ore.

După corticoterapie cu prednisolon 10 mg/zi timp de 20 de zile, 17-CS totali au fost 13,72 mg/24 de ore, iar după încă 2 săptămîni de tratament au scăzut la 3,68 mg/24 de ore. Bolnava pleacă din spital cu indicația de a continua tratamentul cu prednisolon 10 mg/zi, 5 zile pe săptămînă și 2 zile pauză. După 3 luni revine la control, cu care ocazie se constată : striațiuni purpurice pe flancuri (consecutive corticoterapiei), virilismul pilar staționar, persistența amenoreei primare. Se instituie tratament cu Sintofolin tablete de 1 mg, 3 pe zi, timp de 20 de zile, în speranța creșterii tractului genital intern și a apariției menstrei, dar fără rezultate. În această perioadă nu s-a mai efectuat corticoterapia și s-au controlat din nou 17-CS totali (42,3 mg/24 de ore). La ieșirea din spital se reia tratamentul cu prednisolon 10 mg/zi, care se administrează discontinuu, timp de un an, după

care se controlează din nou cromatograma 17-CS cu 8 fracțiuni, care arată următoarele valori :

I, II, III	9,02 mg/24 de ore
IV	4,03 mg/24 de ore
V	4,5 mg/24 de ore
VI, VII	1,66 mg/24 de ore
VIII	1,15 mg/24 de ore
17-CS totali	19,36 mg/24 de ore.

Se constată deci o normalizare a fracțiunilor cromatogramei 17-CS.

În concluzie, pe baza examenului clinic genital și a explorărilor hormonale statice și dinamice, am pus diagnosticul de sindrom adrenogenital congenital, pseudohermafroditism feminin prin hiperplazie corticosuprarenală congenitală.

Cazul C. D. Sora mai mare a primei bolnave se internează în clinică la vîrsta de 25 de ani. Antecedente patologice : rujeolă în prima copilărie și febră tifoidă la 11 ani. Motivele internării sînt similare cu cele ale cazului precedent : malformații ale tractului genital, amenoree primară, virilism pilar.

De asemenea, din anamneză reiese că, malformațiile genitale au fost observate din prima copilărie. La 13 ani a apărut pilozitatea axilară și pubiană. Tot la această vîrstă se dezvoltă glandele mamare, dar menstruația nu apare, motiv pentru care la vîrsta de 17 ani, bolnava este examinată de un medic, după indicația căruia i se face un tratament cu foliculină, dar fără rezultat. La vîrsta de 20 de ani, apare pilozitatea pe față și spate ; este examinată de un chirurg, care intervine deschizînd vaginul, apoi timp de 5 ani nu mai face nici un fel de tratament. La internarea în Clinica de endocrinologie examenul genital a arătat : pilozitate pubiană de tip intermediar, labii de aspect scrotiform, clitoris cît un police cu prepuț decalotabil, meat urinar perineal, vagin hipotrofic, uter mic, anexe libere. Deci similar cu sora ei, bolnava prezintă din punct de vedere genital, un sinus urogenital — varianta vagin orb, deschis chirurgical. Cromatina sexuală : Barr +, iar 17-CS = 60,84 mg/24 de ore. Proba de inhibiție cu cortizon 100 mg/zi × 10 zile a arătat :

— valorile de bază ale 17-CS = 73 mg/24 de ore ;

— după probă 17-CS = 7,25 mg/24 de ore.

Cromatograma 17-CS cu 8 fracțiuni a arătat valori crescute mult ale fracțiunilor I, II și III de proveniență corticosuprarenală.

Se face tratament cu prednisolon 10 mg/zi timp de o lună, după care apare menstruația, care ulterior se repetă regulat la un interval de aproximativ 30 de zile (în cursul corticoterapiei discontinui).

În concluzie, diagnosticul care s-a stabilit a fost : sindrom adrenogenital congenital, pseudohermafroditism feminin prin hiperplazie corticosuprarenală congenitală.

HERMAFRODITISMUL ADEVĂRAT

Hermafroditismul adevărat apare destul de rar ; pînă în 1965 se cunoșteau numai 171 de cazuri.

McIver și colab. (1944) precizau că termenul de hermafroditism adevărat trebuie atribuit acelor indivizi care posedă atît ovare, cît și testicule, dar la care gameții sînt exclusivi de tip feminin (sau mai rar de tip masculin).

Hermafroditismul adevărat posedă ambele structuri gonadice, ovar și testicul, care sînt active funcțional.

Histologic, hermafroditismul adevărat implică existența unor structuri orhitice și ovariene ; prezența numai a tubilor seminiferi sau existența exclusivă a celulelor Leydig sau prezența numai de epitelii ovariene evoluate nu este suficientă pentru diagnostic. Cele două structuri gonadice de sex opus coexistente și active funcțional simultan, determină o sexualizare ambivalentă, cu predominența spre unul sau altul din sexe, în funcție de valoarea funcțională a gonadelor.

În hermafroditismul adevărat, gonadele pot fi testicul, de o parte, și ovar, de cealaltă parte, sau poate să existe o structură mixtă — de ovar și de testicul — denumită *ovotestis*.

20—c. 1385

Deseori, ovarul prezent are un aspect normal, corespunzător vîrstei (uneori hipotrofic sau atrofic) şi este situat topografic în micul bazin sau parauterin.

După Guinet şi Putelat (10) în 2/3 din cazuri ovarul este normofuncţional, cu foliculi în diferite stadii evolutive, corpi galbeni sau corpi albicans, care prezintă o stromă normală. În 1/3 din cazuri, ovarul este hipoplazic, ca la prepubertate, sau aplazic.

Testiculul prezent, din punct de vedere macroscopic, se apropie uneori de cel normal ; alteori, are aspectul testiculului criptorhid. Ca situaţie topografică, este plasat în scrot sau în labioscrotum, iar uneori, într-un sac hernial, în interiorul sau în afara canalului inghinal.

Histologic, are o structură alterată, îndeosebi a liniei germinale, cu spermatogonii nediferenţiate ; alteori, sînt prezente numai celulele Sertoli. Totuşi, mai mulţi autori (3, 4, 8, 26) au semnalat în unele cazuri existenţa procesului de spermatogeneză în diferite stadii evolutive, mergînd pînă la spermatozoizi. Ţesutul interstiţial Leydig este normal reprezentat : uneori în insulele hiperplazice, iar alteori, celulele Leydig au aspect regresiv.

Formaţiunea *ovotestis* se poate prezenta sub mai multe variante : gonadă unică, dar bilobată, în care cele două structuri — ovariană şi orhitică — sînt suprapuse şi separate de un perete fibros ; uneori, cele două gonade se află de aceeaşi parte, separate şi ocupă situaţii diferite : formaţiunea testiculară — intrascrotal ; cea ovariană — intraabdominal, parauterin (29). Alteori, *ovotestis*-ul are aspect de ovar, dar cu ţesut ovarian la periferie şi cu ţesut testicular în regiunea centrală sau invers.

După mai mulţi autori, în 3/4 din cazuri, structurile ovariene sînt mai bine dezvoltate atît ca volum, cît şi ca structură. Ca situaţie topografică *ovotestis*-ul este prezent în majoritatea cazurilor intraabdominal şi în dreapta. Ferrier (5), care a studiat 15 cazuri de hermafroditism adevărat, găseşte că în 9 cazuri din 15 gonada stîngă era un ovar, iar gonada dreaptă era testicul sau *ovotestis*.

Repartiţia hermafroditismelor, după modul de combinare a gonadelor, aşa cum reiese din analiza a 98 de

cazuri de hermafroditism, studiate de Guinet şi Putelat (10) este următoarea :

H. alternant (testicul de o parte şi ovar contralateral) . . . . . 30 de cazuri
H. bilateral (*ovotestis* bilateral) . . . . . 22 „ „
H. unilateral (*ovotestis* de o parte şi o goanadă sau absenţa gonadei contralaterale) 46 de cazuri

— cu testicul . . . . . 6 „
— cu ovar . . . . . 26 „ „
— cu gonade nediferenţiate . . . . 1 caz
— cu absenţa gonadei . . . . . 2 cazuri
— fără explorare . . . . . 11 cazuri

În ceea ce priveşte dezvoltarea organelor genitale interne (sexul gonoforic), acestea sînt ambosexuale, coexistînd elemente derivate din canalele mülleriene cu cele derivate din canalele wolffiene. De partea ovarului, se dezvoltă constant derivate exclusiv mülleriene (trompe şi pavilioane bine conformate), chiar dacă contralateral există un testicul sau *ovotestis*. De partea testiculului, dezvoltarea tractului genital intern ia aspecte variate : dezvoltarea exclusivă a derivatelor wolffiene (epididim, deferent bine conformat, uneori şi veziculă seminală) ; asocierea derivatelor de ducte wolffiene cu cele mülleriene ; absenţa oricărei formaţiuni wolffiene la un hermafrodit cu un testicul în poziţie abdominală, *in situ* ovarian şi cu trompă de acea parte (Bromwch) ; lipsa ambelor derivate.

În caz de *ovotestis* bilateral, ductele sînt întotdeauna feminine, cu trompe şi uter bine conformate ; uneori, sînt prezente şi derivate wolffiene.

Organele genitale externe prezintă malformaţii variate. Unii hermafroditi au organele genitale externe feminine, alţii apropiate de cele masculine. Între aceste două tipuri se întîlnesc uneori forme intermediare, ambosexuale. Guinet (9) descrie 4 tipuri :

1. Diferenţierea feminină foarte avansată, orificiul uretral şi cel vaginal se deschid separat la nivelul perineului, fantă vulvară, clitoris hipertrofic, excepţional normal.

2. Labioscrotum : hipospadias perineal, deschidere joasă a vaginului de tip sinusian și organ penoclitoridian lung de 4—7 cm și prevăzut cu gland centrat de un orificiu orb.

3. Labioscrotum, hipospadias penoscrotal, deschiderea vaginului sus în uretră. Organul penian se aseamănă cu cel descris la tipul 2.

4. Diferențierea masculină : scrot, penis normal conformat și canalizat de uretră pînă la extremitatea sa. Vaginul se deschide undeva sus în uretră sau este obstruat fără comunicație cu exteriorul.

Fenotipul prezintă variații foarte mari — de la aspectul caracteristic feminin pînă la cel cvasimasculin sau forme intermediare, cu persistența caracterelor ambosexuale. La naștere, deși organele genitale externe sînt malformate, se apropie mai mult de tipul masculin ; de aceea, majoritatea cazurilor sînt declarate de sex masculin. O dată cu pubertatea și postpubertatea, marea majoritate a bolnavilor au un morfotip și caractere sexuale secundare feminine.

Uneori la pubertate, alteori mai tîrziu, jumătate din bolnavii care au sîni dezvoltați prezintă fenomene menstruale, fie hemoragii cu caracter periodic, cu exteriorizare genitală sau uretrală, fie dureri periodice abdominale izolate, care au caracterul de echivalențe menstruale, sau crize dureroase episodice. Cazul de hermafroditism studiat de Urechia și Țeposu (31) se prezentase la consult ca un bărbat, care acuza colici abdominale lunare. Laparotomia exploratoare în acest caz a evidențiat un ovar activ de o parte, cu un rudiment de uter care se congestiona ciclic, iar în cealaltă parte s-au găsit tract genital masculin și testicul. Exereza ovarului a rezolvat problema colicilor abdominale. Cazul menționat de Lindvall-Vahgren (citat de 27) era în vîrstă de 19 ani, se socotea bărbat, era logodit și prezenta sîni și pierdea sînge prin uretră lunar.

Între cele două gonade diferite ale hermafroditului se pare că există o interdependență (20), deoarece în cazul prezentat de Urechia și Țeposu ovariectomia a fost urmată de un puseu de creștere a testiculului. În cazul lui Zacharia (1955), după eliminarea testiculului, au apărut menstrele și s-au dezvoltat sînii. În privința comportamentului psihic al hermafroditilor, acesta este determinat de sexul declarat la starea civilă, după naștere, și ulterior condiționat de mediul social. Se citează și cazuri de hermafroditism care au dus o viață sexuală alternativă.

Sexul genetic. Cariotipul *XX* a fost găsit și semnalat în literatură de 25 de ori (Șt. M. Milcu și colab., 20), *XY* de 6 ori, iar în alte cazuri s-au găsit : *XXY*, *XX* + fragment de *Y*, *XO/XY*, *XX/XY*, *XX/XX* + extrauzom mic, *XX/XXY*, *XO/XY/XX* etc.

Etiopatogenia hermafroditismului adevărat. Este știut că disgenezia gonadică apare fie ca urmare a unei mutații genetice, fie prin alterarea unuia din gonozomi, fie prin prezența unui mozaic cromozomial. Mozaicurile cromozomiale citate mai sus pot explica apariția hermafroditismului adevărat, cu dezvoltarea celor două gonade de sex diferit. Sînt mai greu de explicat cazurile de hermafroditism adevărat cu cariotip *XX* sau *XY*.

★

Conduita terapeutică în fața unei intersexualități se inspiră din teoria lui Money și Wilkins. Dacă subiectul intersexuat este un copil, alegerea sexului va fi dictată de posibilitățile chirurgiei plastice, urmînd ca ulterior, părinții să educe psihosexual copilul în sensul rectificat chirurgical. Dacă este vorba de un adult cu intersexualitate, medicul va respecta opțiunea sexuală a bolnavului, adică sexul lui psihosocial și comportamental care și l-a format și în acest caz, chirurgul va încerca numai să armonizeze plastic organele genitale, în sensul sexului pe care îl consideră subiectul.

BIBLIOGRAFIE

(după capitolul „Deviații ale comportamentului sexual")

DEVIAȚII ALE COMPORTAMENTULUI SEXUAL

PERVERSIUNILE SEXUALE

Perversiunile sexuale au suscitat întotdeauna un deosebit interes din punct de vedere medical, sexologic și social.

În epoca civilizației actuale, singura juisare considerată normală, singura plăcere sexuală licită, este aceea care se obține prin relații sexuale cu un partener de sexul opus, adică prin heterosexualitate, care respectă legile naturale și sociale. Deci orice activitate și conduită sexuală care depășește acest cadru natural și legal al moralității admise este considerată deviație sexuală.

Dacă din punct de vedere fiziologic, medical și social această definiție a activității sexuale normale este satisfăcătoare, în practica curentă, însă, este dificil de precizat limita care separă normalul de anormal.

Într-un act sexual cel mai normal, în momentul orgasmului, satisfacția poate provoca o mimică sau unele atitudini ale partenerilor care uneori sînt expresii ale bucuriei, alteori ale durerii. Și în activitatea sexuală normală a unor cupluri în timpul paroxismului voluptuos, se pot regăsi sub o formă anodină lejere mușcături, mici zgîrieturi etc., amprente ale unuia dintre parteneri. Dar atîta timp cît aceste gesturi nu sînt violente, nici dominante în cursul actului sexual și nici absolut necesare

obținerii orgasmului, ele se pot încadra, pînă la un anumit grad, în limitele normale.

Raporturile sexuale umane normale se însoțesc de cuvinte sau de gesturi ale partenerilor, care exprimă fie o dorință de dominație, fie de supunere a unuia din parteneri de către celălalt.

Din punct de vedere strict sexual, conduita sexuală masculină are tendința de dominație, de impunere, pe cînd conduita sexuală feminină, include supunere, pasivitate și uneori sacrificiu.

Dacă se ține seama de considerentele amintite, atunci devine foarte dificilă fixarea momentului unde sfîrșește starea de sănătate și unde începe perversiunea. Dar fiindcă omul nu este numai o ființă biologică, ci și una socială, relațiile lui sexuale se impun a fi încadrate în normele de convietuire admise de societatea respectivă.

SADISMUL ȘI MAZOCHISMUL

Aceste perversiuni sexuale se pot întîlni ambele la același individ sau individă sau izolat, una constituind reversul celeilalte și avînd într-un anumit grad un caracter complementar.

Sadismul (denumirea vine de la marchizul De Sade) reprezintă obținerea satisfacției numai prin dureri provocate partenerei sau partenerului. De obicei, nevoia sadică este satisfăcută prin bătăi ale partenerei (partenerului) cu palmele sau prin lovituri, prin mușcături, zgîrieturi etc.

În alte cazuri, sadicul simte nevoia de a-i produce partenerei mai ales suferințe morale, umilind-o sau devalorizînd-o. De asemenea, există femei sadice care se complac în a umili în diverse moduri pe partener pentru a-i eșua actul sexual. După ce a provocat excitația sexuală a unui bărbat special ales, evită să-l satisfacă, comportîndu-se astfel premeditat.

Mazochismul (denumirea vine de la S. Mazoch) în forma pură reprezintă obținerea plăcerilor sexuale, numai suportînd o suferință fizică sau morală. Asemenea indi-

vide (indivizi) cer partenerilor lor să le dea lovituri, să-i rănească sau să-i umilească. În cazul mazochismului feminin, juisarea sexuală nu este în funcție de coitul propriu-zis, ci în funcție de dominația, violența și agresivitatea bărbatului și ca atare este obținută numai prin suferință fizică sau morală.

Sadismul și mazochismul se pot întîlni fie la același subiect, fie într-o situație de reciprocitate, în care cei doi parteneri sînt unul întotdeauna sadic și celălalt întotdeauna mazochist sau ei pot inversa aceste roluri (Abraham G., 1).

Din punct de vedere clinic, sadismul se poate manifesta sub forma lui majoră, în care partenerul nu obține orgasmul decît provocîndu-i partenerei suferințe uneori considerabile, mergînd pînă la răniri grave, mutilări sau chiar moarte.

În domeniul crimelor sexuale, sadismul ocupă primul loc și reprezintă deci o entitate patologică periculoasă pentru societate. Un exemplu de criminal sadic este citat în literatură cazul Vacher, un bărbat de 28 de ani cu o figură șireată și inofensivă, care a avut la activul său 12 asasinate, urmate de viol de tinere și tineri ciobani, perversiunea lui sadică neavînd preferințe pentru un anumit sex.

Dacă marchizul De Sade, acest personaj care a trăit spre sfîrșitul secolului al XVIII-lea, a reprezentat și a dat numele sadismului, iar Mazoch la jumătatea secolului al XIX-lea — pe cel al mazochismului, în realitate ei nu au inventat nimic, deoarece asemenea dezechilibrați sexuali au existat și în societatea antică și din păcate, se întîlnesc și în societatea modernă de azi.

Din punct de vedere etiopatogenic, sadismul și mazochismul, ca și alte perversiuni sexuale, sînt expresia unei dezvoltări psihosexuale incomplete sau dizarmonice, datorită unor influențe nocive succesive ale modului de viață. Cercetările de psihanaliză au adus contribuții importante în privința perversiunilor sexuale, subliniind faptul că acestea nu sînt decît componente parțial integrate în sexualitatea adultă matură, în decursul dezvoltării psihosexuale a individului. Fiecare perversiune ar fi rezultatul unei stări de fixație sau de regresiune a personalității psihosexuale a individului, la un anumit stadiu anterior, imatur sau arhaic al sexualității. În sprijinul acestor afirmații vin și unele fapte. Unele tendințe sadice sau mazochiste își au originea într-un traumatism psihic infantil determinat de exemplu de vederea din întîmplare a desfășurării unui act sexual al părinților și interpretat de copil ca un act sado-mazochist. Alteori, fixația se realizează prin condiționarea reflexă ; astfel, un copil bătut de părinți, ispășindu-și astfel greșelile comise de el, se simte ușurat și indirect, agresivitatea față de el devine o sursă de satisfacție. În cazul mazochismului la femei, acestea relatează adesea că simțeau o plăcere atunci cînd în copilărie erau certate sau bătute de părinți sau de frații lor mai mari. De altfel, în anamneza femeilor perverse se pot găsi complexe infantile nerezolvate, erori educative importante, traumatisme psihice sau frustrații afective esențiale, cu ocazia primelor raporturi sexuale cu sexul opus.

Freud insistă asupra faptului că perversiunea ca structură psihică pare să ocupe locul opus nevrozei și ar fi clișeul său negativ. În timp ce nevrozatul este inhibat în privința impulsurilor sale sexuale și le trăiește considerîndu-le ca fenomene dăunătoare, nocive, perversul dă curs liber impulsurilor sale sexuale care-i provoacă mai greu conflicte personale (cu explicația celor în legătură cu societatea) și din a căror realizare el simte satisfacție. În realitate, perversul dă libertate impulsurilor sexuale, deoarece la el nu mai acționează puterea inhibitorie a centrilor nervoși și apare astfel dezechilibrul psihic sexual.

Actualmente majoritatea cercetătorilor sînt înclinați să considere perversiunile sexuale mai degrabă ca pe un clișeu negativ al psihozei decît al nevrozei, pentru că la perverși se evidențiază mecanisme de apărare și de regresiune a personalității lor psihice foarte apropiate de cea a psihopaților.

Totuși în practică, se regăsesc atitudini de tip pervers, cel puțin parțiale sau periodice, care reprezintă simptome ale unui anumit tip de nevroză.

Se întîmplă relativ rar ca un sadic sau un mazochist să vină din proprie inițiativă să consulte medicul. Adesea partenera, o rudă sau o autoritate judiciară cer ca individul pervers să fie consultat.

Ca posibilități terapeutice în caz de sadism, cînd perversul este foarte excitat și nevoile lui erotice pot deveni periculoase, se recomandă administrarea de sedative și mai ales de neuroleptice, sau administrarea de estrogeni în doze mari. Un tratament, care se adresează într-o măsură mai mare etiopatogeniei acestor perversiuni, este psihoterapia și psihanaliza cu toate dificultățile pe care le ridică acest gen de tratament la acești bolnavi.

EXHIBIȚIONISMUL

Exhibiționismul este o perversiune destul de răspîndită și dezaprobată intens de societate. El constă în expunerea de către bărbat a organelor genitale în fața uneia sau mai multor fete sau femei necunoscute și, de obicei, în locuri publice. Exhibiționismul se întîlnește la ambele sexe, dar se manifestă mai distinct și este mult mai frecvent la bărbat.

Actul micțiunii nedeghizat al subiecților în stare de ebrietate, cu scleroză senilă sau din motive urgente (hipertrofie de prostată) nu constituie exhibiționism, ci o lipsă de pudoare. De reținut că, adevărații exhibiționiști deseori, simulează o nevoie urgentă de micțiune pentru a avea motive de autoapărare în fața legii.

Exhibiționismul se prezintă sub mai multe variante clinice : cel compulsiv are intenția să fie văzut și să șocheze victimele sale ; cel mai frecvent el vizează fetele adolescente sau prepubertare, alții se expun numai în fața femeilor adulte. Caracteristic pentru exhibiționismul compulsiv este că individul presimte necesitatea actului exhibiționist cu aproximativ 30 de minute înainte, prezentînd un stadiu prodromal care poate începe cu ilaritate, apoi neliniște, cefalee și iritabilitate care apoi duc la o stare de tensiune ce poate dura 24—48 de ore. Actul de exhibiționism se poate manifesta zilnic, timp de mai multe săptămîni, după care individul intră într-o perioadă de

acalmie timp de mai multe luni. Alții se expun cu o anumită regularitate de la o frecvență de o dată pe săptămînă, pînă la 1—2 ori pe an. Exhibiționiștii propriu-ziși în cazul expunerii „cu succes", care constă mai ales din vederea victimei anxioase sau rămasă perplexă, se simt relaxați numai prin simplul act al expunerii, deși unii se pot masturba și ejacula în timpul sau după exhibiționism. Puțini dintre ei pot avea un orgasm spontan în timp ce se expun. După consumarea actului exhibiționist, acest gen de satisfacție este urmat de o stare de depresiune și de remușcări intense. Cu timpul, ei ajung la adoptarea unor atitudini stereotipice. Pe unii din copii, victime ale unor astfel de molestări, aceste acte îi pot tulbura, iar pentru unele fete mai sensibile pot constitui adevărate traume sexuale.

Deoarece exhibiționiștii au o comportare ordonată și normală la locul lor de muncă, atunci cînd sînt prinși și acuzați, pot veni în ajutorul lor să-i apere, colegii de serviciu sau părinții.

Exhibiționismul se mai poate prezenta și ca un simptom al unei nevroze sau psihopatii. Exhibiționismul simptomatic psihotic se întîlnește în accesul de schizofrenie sau în puseul de excitație maniacală, ca și în epilepsie. Exhibiționismul alcoolicilor nu trebuie etichetat cu ușurință ca atare, deoarece, uneori, acești indivizi sînt de fapt exhibiționiști compulsivi, care încearcă să-și învingă anxietatea prin băutură.

Exhibiționismul întîlnit la psihopați poate prezenta un pericol social, deoarece unii dintre ei devin furioși și violenți.

Originea exhibiționismului propriu-zis ca perversiune, trebuie căutată în erori educative care au dus la o dezvoltare psihoafectivă alterată. În antecedentele unui exhibiționist, se poate constata că în tinerețea lui o femeie i s-a expus provocator o dată sau de mai multe ori, fapt ce i-a produs o excitație intensă (poate prima din viața lui) cu care ocazie și-a expus și el membrul. Chiar dacă nu a survenit actul sexual, în fantezia lui, expunerea reciprocă a sexului anatomic a rămas excitantul cel mai intens al sexualității sale psihice.

În comparație cu exhibiționismul masculin, la femei nu se poate vorbi de o perversiune bine delimitată cu un scop de realizare specifică care să ducă la orgasm. Mai degrabă la femei se poate vorbi de componente exhibiționiste, care pînă la un anumit grad fac parte din sexualitatea feminină normală. Deja în anumite atitudini de seducție feminină se recunosc ușor elemente de exhibiționism. Este știut că în timpul desfășurării actului sexual, femeia simte nevoie de a-i fi admirată frumusețea corporală. Atunci însă cînd elementele de exhibiționism la o femeie devin dominante în timpul raportului sexual și determinante pentru obținerea satisfacerii erotice, în acest caz se poate vorbi de exhibiționism patologic.

Voyeurismul reprezintă o stare obsesională a unor indivizi, îndeosebi bărbați, care încearcă prin toate mijloacele să asiste la desfășurarea unui act sexual. Pentru femei, acest fenomen nu depășește pragul unei simple curiozități morbide momentane.

Fără îndoială că, și în activitatea sexuală normală a unui cuplu există elemente de exhibiționism (caracteristice pentru conduita feminină) și elemente de tip voyeurist (caracteristice pentru conduita masculină).

ALTE PERVERSIUNI SEXUALE

Pedofilia este perversiunea caracterizată prin impulsuri erotice dominante sau exclusive față de copii. Se întîlnește îndeosebi la sexul masculin. La femei, pedofilia în general, se manifestă sub forma unei inițieri sexuale a unui băiat mic sau a unei fetițe, fără să devină o preocupare sexuală predominantă. Pedofilia găsește un număr apreciabil de adepți printre bătrîni sau la unii pseudoeducatori.

Se disting două categorii clinice : pedofilia compulsivă (erotică) și pedofilia simptomatică.

Pedofilia compulsivă survine mai ales la bărbați și se manifestă printr-o atracție erotică, și impulsuri sexuale care scapă autocontrolului, față de copii maturi. Ea poate fi tandră sau agresivă. În varianta tandră, atracția erotică este mai ales pentru băieții mici (pedofilia homoerotică),

iar în varianta agresivă interesul sexual se dirijează îndeosebi către fetițe. Pedofilia agresivă este uneori greu de deosebit de sadismul compulsiv. Pedofilia homoerotică nu intră în categoria homosexualilor reali, deoarece ei sînt incapabili să fie stimulați sexual de către un bărbat adult. În relațiile normale cu femei ei pot avea dificultăți sexuale cînd pedofilia nu este exclusivă.

Pedofilia simptomatică se întîlnește la demenții senili și presenili, la unii traumatizați cranieni, la schizofreni și oligofreni.

Pedofilia este realizată fie numai prin manifestări erotice în care există un interes afectiv foarte puternic pentru copilul ales, fie prin atingeri masturbatorii sau tentative de penetrație anală. Uneori, pedofiliei i se asociază componente sadice, exhibiționiste sau voyeuriste.

Fetișismul. În timp ce interesul erotic al unui individ este dirijat fie către un partener heterosexual sau homosexual, la cei cu fetișism, acesta este îndreptat îndeosebi către piese vestimentare ale unei partenere dorite, cunoscute sau necunoscute. Fetișismul se întîlnește îndeosebi la bărbați. La femei acesta se confundă cu necesitatea de a se înconjura de un simbol „fallic" generic, aparținînd unui partener îndrăgit sau unui personaj idealizat. O anumită legătură poate să existe între tendințele fetișiste și impulsurile cleptomane care sînt mai răspîndite la femei decît la bărbați.

Narcisismul, o altă pervertire a instinctului sexual, constă în dragostea și atracția de sine (denumirea vine de la Narcis, care făcînd baie într-un rîu și privindu-se, s-a îndrăgostit de propriul său nud). După cum arată Maranon, narcisismul, cultul pentru sine, este o formă larvată a cultului față de același sex și poate reprezenta o introducere la homosexualitate.

De menționat că unele componente fetișiste și narcisiste se pot întîlni și în relațiile sexuale normale, dar acestea sînt cu totul incidentale și foarte atenuate și nu reprezintă o renunțare la viața sexuală normală.

Zoofilia este o perversiune a instinctului sexual, în care se manifestă atracția erotică față de animale. Zoofilia se poate întîlni la ambele sexe. La bărbați se întîlnește mai ales în mediul rural, la indivizii care vin în contact

prelungit cu animale şi sînt lipsiţi de posibilitatea unor relaţii sexuale normale. La femei, zoofilia se întîlneşte în mediul citadin, sub forma unei atracţii erotice pentru animale domestice. De notat că, în timp ce la femei acest gen de activitate perversă se poate stabiliza şi poate înlocui orice altă formă de activitate sexuală, la bărbat aceasta nu are decît o valoare compensatorie, din lipsa unor posibilităţi de relaţii sexuale normale.

Travestirea heterosexuală (transvestitismul) sau *transsexualismul* este o formă specială de înclinaţie psihoafectivă heterosexuală şi constă în faptul că o persoană aparţinînd unui sex simte nevoia psihică să se considere că aparţine sexului opus şi se îmbracă ca atare. Aceşti subiecţi poartă temporar sau permanent veşminte care sînt destinate sexului opus. După unii autori, transvestitismul ar trebui deosebit de transsexualism. În transsexualism, primează tendinţa compulsională, dorinţa de a schimba sexul anatomic, pentru care se adresează chirurgului, pe cînd în travestirea heterosexuală primează dorinţa de a se îmbrăca ca sexul opus. Dar în practică, ambele categorii s-ar identifica. Transsexualismul este o intersexualitate psihică, care se explică prin discordanţa dintre sexualizarea neurocomportamentală din etapa perinatală, care rămîne de tip feminin, şi celelalte etape care o preced şi o succed şi care sînt de tip masculin.

Alături de travestirea completă în femei, există şi o formă de travestire parţială, în care aceşti subiecţi se mulţumesc să poarte numai unele piese vestimentare ale sexului opus, ca desouri etc. Unii autori au găsit la bărbaţii cu transvestitism, sexul genetic feminin, iar alţii (Baar, Holb, Lucien şi Gennes) au găsit sexul genetic masculin. Mai frecvente însă, sînt notele constituţionale feminoide la aceşti bărbaţi. Asemenea indivizi, curioşi, vor cu orice preţ să fie transformaţi în sexul dorit, şi, din cauza imposibilităţii realizării dorinţei lor, ei se nevrozează, devin psihopaţi şi pot ajunge la automutilări sau sinucideri. Incidenţa sinuciderilor şi a atentatelor de sinucideri printre transvestiţi depăşeşte media sinuciderilor din rîndul homosexualilor declaraţi (Oliven, 23).

Un caz citat de Binder în 1933 şi-a găsit liniştea abia la 42 de ani cînd a fost castrat şi i s-a modificat sexul civil.

Asocierea dintre transvestitism şi homosexualitate este posibilă, dar nu obligatorie.

Transvestitismul mai presupune şi exhibiţionism, narcisism şi uneori note mazochiste.

Sub numele de *eonism,* se înţelege o travestire episodică, aşa cum a fost practicată de cavalerul de Eon în secolul al XVII-lea.

★

Importanţa biologică, socială şi medico-legală care se acordă inversiunii sexuale şi perversiunilor sexuale rezultă din conduita noastră morală privind relaţiile sexuale. Aceasta constă în a avea repulsie şi a reproba orice formă de activitate sexuală care nu este în sensul biologic şi nici uman şi care nu se încadrează în normele de conduită etică ale societăţii noastre.

Inversiunile şi perversiunile sexuale au un caracter antisocial, deoarece sînt împotriva legilor biologice, opunîndu-se procreerii. De asemenea, sînt antisociale prin tendinţa acestor pervertiţi de a contracta şi alţi adepţi, avînd un caracter de contagiozitate. Subiecţii cu inversiuni şi perversiuni sexuale inspiră oamenilor normali, animozitate, repulsie instinctivă şi reprobare.

INVERSIUNEA SEXUALĂ (HOMOSEXUALITATEA)

Inversiunea sexuală constă din atracţia psihosexuală a unui individ pentru un individ de acelaşi sex. Imensa majoritate a femeilor şi bărbaţilor sînt heterosexuali, adică dorinţele lor sexuale se dirijează către subiecţi de sex opus. Există însă un procent de bărbaţi şi femei care sînt atraşi de indivizi ai aceluiaşi sex. Homosexualitatea este semnalată la aproape toate popoarele indiferent de rasă, cultură, nivel social sau profesie. Se pare că

inversiunea sexuală este mai frecventă la bărbaţi decît la femei. Frecvenţa mai crescută în oraşele mari s-ar explica prin tendinţa de migrare a homosexualilor şi de stabilire a lor în centrele mari (Oliven, 23).

Raportul lui Kinsey, Pomeroy şi Martin (1948) privind comportarea sexuală a bărbatului american, indică o frecvenţă a homosexualităţii (sau o atracţie homosexuală) de 12—30% pentru ansamblul populaţiei adulte masculine. Ca terminologie, homosexualitatea mai este denumită cu sinonime ca : „inversiune sexuală" (corespunde cel mai bine definiţiei), „homoerotism" (se referă mai mult la atracţia erotică homosexuală), „al treilea sex" (termen impropriu), „contrasexualitate" şi „uranism" (termeni antici care nu se mai folosesc). În medicina legală, homosexualitatea este numită „pederastie" sau „sodomie". Pentru homosexualitatea feminină se folosesc denumirile de „iubire lesbiană", „lesbianism", „saphism" sau „tribadism".

HOMOSEXUALITATEA MASCULINĂ

Se manifestă sub următoarele variante clinice :

— *Homosexualitatea reală* manifestă, exclusivă, reprezintă inversiunea sexuală propriu-zisă. Un astfel de bărbat manifestă dorinţe sexuale pentru un alt bărbat, avînd indiferenţă sau repulsie faţă de sexul feminin. Homosexualul manifest este conştient de tendinţa sa anormală şi, de obicei, o acceptă. Unii totuşi nu se resemnează cu inversiunea lor, nu o acceptă şi devin anxioşi cronici sau fac un sindrom depresiv. Se apreciază că un procent de 15—20% din homosexualii manifeşti (conştienţi de anomalia lor) au numai un comportament erotic homosexual fără să treacă la actul sexual propriu-zis ; ei sînt abstinenţi din diverse motive sau recurg la masturbarea solitară.

— *Ambisexualitatea* (homosexualitatea facultativă), variantă clinică importantă de homosexualitate, presupune atracţie erotică sexuală atît pentru bărbaţi, cît şi pentru femei. Pentru aceştia componenta homosexuală

poate apare periodic sau se manifestă alături de cea heterosexuală.

Este discutabil dacă la indivizii cu ambisexualitate atracţia pentru sexul feminin are aceeaşi intensitate ca şi cea a bărbaţilor normali. Ei sînt, de obicei, atraşi de femei cu aparenţă masculinoidă, rar de fetele virgine, şi de loc de femeile lesbiene. De obicei, ei acceptă mai greu homosexualitatea, iar deviaţia lor îi tulbură. În practică, această homosexualitate trebuie diferenţiată de intersexualitatea organică (hermafroditism şi pseudohermafroditism) şi îndeosebi de căsătoria de convenienţă la care recurg unii homosexuali manifeşti.

— *Homosexualitatea de circumstanţă, de substituţie.* La aceştia, falsa inversiune sexuală apare atunci cînd se găsesc în grup, privaţi de femei (cazărmi, internate, închisori sau printre marinari). Această homosexualitate depinde de mediu şi dispare cînd apar condiţii de apropiere faţă de sexul feminin. Există şi unele excepţii, cînd chiar dacă factorii favorizanţi din mediu dispar, deviaţia persistă şi poate să devină o homosexualitate manifestă.

— *Homosexualitatea latentă.* Tendinţele homosexuale ale acestor bărbaţi sînt mascate, inconştiente. Mulţi dintre ei sînt mai curînd bisexuali decît de tipul clasic homosexual. Starea lor latentă poate persista întreaga lor viaţă, sau manifestarea homosexuală poate izbucni în urma seducerii de către un bărbat homosexual. Unele sindroame psihice pot masca o homosexualitate latentă. Printre acestea se numără unele tipuri de alcoolism cronic, o gelozie patologică, unele stări paranoide majore. De asemenea, unele cazuri de impotenţă sexuală psihogenă pot favoriza apariţia homosexualităţii sau altor perversiuni sexuale. La fel cei care trăiesc în promiscuitate cronică heterosexuală, din dorinţa de a duce o viaţă ieşită din comun pot aluneca spre homosexualitate. Cînd medicul bănuieşte un caz de homosexualitate latentă, el nu va comunica pacientului acest diagnostic, deoarece l-ar putea tulbura ; din această cauză este preferabil să se adopte o atitudine de expectativă.

— *Homosexualitatea simptomatică.* În unele psihopatii, impulsul sexual este dirijat nediferenţiat spre bărbaţi

și femei, copii și chiar animale. Dacă li se oferă mai multe tentații deodată, acești psihopați pot manifesta, totuși, unele preferințe. Această anomalie este etichetată ca „oportunism sexual". La unii bolnavi cu patologie nervoasă (unele tumori cerebrale, encefalite, encefalopatii degenerative), comportamentul homosexual apare ca o complicație sau mai rar ca o sechelă și se asociază frecvent și cu alte deviații ca : exhibiționism, masturbare în public, molestarea femeilor și atentat de viol. Aceste tulburări de ordin sexual tind să dispară dacă boala de fond se vindecă. În cursul unor boli majore mintale, îndeosebi schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, psihoze asociate cu un lues cerebral sau epilepsie, se pot observa ocazional manifestări de homosexualitate. Mai trebuie amintită și starea de pseudohomosexualitate, care se poate întîlni la unii bărbați mai ales tineri normali cu reminiscențe psihice ale fazei homoerotice juvenile sau nesatisfăcuți sexuali și care, pot intra în panică că ar fi homosexuali.

Etiopatogenia homosexualității. Homosexualitatea adevărată, manifestă, nu este expresia nici a impotenței, nici a curiozității blazate, nici a lipsei de voință și nici chiar a unor circumstanțe particulare.

Cu toate progresele științei, cauzele homosexualității, explicația ei etiopatogenică rămîne încă incompletă. Cercetările lui Marañon ca și ale altor endocrinologi și embriologi au relevat faptul că sexul care nu se diferențiază decît într-un stadiu avansat al vieții foetusului ar putea ezita mult timp postnatal să se cristalizeze la unii indivizi care ar putea rămîne totdeauna indecișI, ceea ce ar favoriza potențe psihosexuale, fie pentru sexul masculin, fie pentru cel feminin. Lipsa sexualizării neurocomportamentale în etapa perinatală, după „modalitatea masculină" ar trebui cercetată la homosexualii masculini ; aceasta ar putea oferi o bază de explicație a homosexualității. Unele reminiscențe ale fazei homoerotice juvenile, pot persista uneori și în adolescența tîrzie sau la începutul vieții adulte și pot duce la homosexualitate. Homosexualitatea manifestă reală, ar putea fi explicată de doi factori : existența unei anumite predispoziții constituționale genetice și o dezvoltare inadecvată a personalității

psihosexuale, care fixează pe bărbatul în dezvoltare pe un obiect sexual greșit.

Cercetările lui Kallman pe gemenii univitelini, care au fost separați în copilărie au pus în evidență un fapt interesant. Dacă unul din gemeni devenea homosexual, celălalt care trăia în alt mediu și primea o educație diferită, devenea și el homosexual. De asemenea, există unele familii unde homosexualitatea este practicată de mai mulți membrii, fie în aceeași generație, fie în generații succesive.

În antecedentele homosexualilor se decelează cu frecvență unele elemente care ar putea juca un rol important în etiopatogenia homosexualității. Acestea sînt fie erori educative (hiperprotecție maternă, impunerea unor atitudini feminine), fie perturbări capitale și precoce în relațiile dintre pacienți și părinții lor (o mamă dominatoare și agresivă sau o mamă seducătoare care a monopolizat afecțiunea copilului) ; uneori, tatăl i-a oferit copilului o imagine masculină estompată pentru care copilul a avut teamă să se identifice (1).

Semnificația componentei feminine la un homosexual a fost supraestimată de unii autori, o serie de trăsături psihice feminine la unii homosexuali fiind probabil simptome de infantilism psihic sau de imaturitate.

Chwala, clasifică homosexualitatea într-o formă genetică și una dobîndită, ultima la rîndul ei putînd fi endogenă, hormonală sau situativă (dependentă de mediu).

Modificarea raportului androgeni/estrogeni, în favoarea ultimilor, la unii homosexuali, nu poate fi considerată în mod cert ca o explicație a homosexualității, deși parțial poate fi responsabilă de predominația anumitor trăsături psihice feminine, care atunci cînd se adaugă unor predispoziții genetice poate duce la homosexualitate.

Marañon studiind un mare număr de homosexuali a constatat existența unor stigmate somatice heterosexuale: dispoziție topografică feminină a pilozității la 75% din bărbații pervertiți și modificări heterosexuale ale scheletului și morfogramei ; la femeile homosexuale a găsit o dispoziție de tip masculin a pilozității în 42% din cazuri. Vague a efectuat cercetări constituționale asupra homosexualilor și a constatat că sexualizarea somatică este, în

general, normală la homosexuali accidentali, dar aceasta are note ginoide sau ginomixte într-un număr de cazuri la homosexualii manifeşti. După Dietz şi Hesse (1964) sînt predispuşi la homosexualitate mai mult ginoizii cărora femeile li se par prea asemănătoare lor, ca şi astenicii andromorfi, cărora femeile le par prea puţin „forte". Este adevărat că anumiţi adolescenţi ginoizi pot fi mai uşor condiţionaţi să prefere gratificaţiile homosexuale, dar în aceeaşi măsură alţi tineri ginoizi evoluează ca bărbaţi cu comportament heterosexual. Unii indivizi homosexuali prezintă trăsături somatice perfect masculine, dar au tendinţe feminine în comportamentul lor, iar uneori această feminitate a lor nu interesează decît sfera erotică psihică, în rest avînd un comportament viril.

Cercetările psihologice ale lui Curran şi Parr au infirmat vechea părere după care homosexualii reali ar fi nevrotici sau psihotici ; aceste tulburări se găsesc în cel mult 25% din cazuri. A mai fost studiat şi sexul genetic, cromozomial, la homosexuali şi s-a găsit că în imensa majoritate este corespunzător celui gonadic.

Mai sînt necesare cercetări pentru a explica cele două variante de homosexuali : pasivi şi activi. Cei activi conservă prerogativele masculine, iar cei pasivi găsesc satisfacţie într-o pasivitate de tip feminin.

În concluzie, homosexualitatea reprezintă o inversiune sexuală de origine psihică, pe un teren constituţional genetic predispozant, la care se adaugă stigmate somatice heterosexuale.

Tratament. Homosexualii accidentali sau periodici, conştienţi sau inconştienţi de deviaţia lor, pot ajunge să consulte medicul fiind dirijaţi de propria familie, de autorităţi sau vin din proprie iniţiativă. Un număr apreciabil de homosexuali se prezintă spontan la medic pentru a fi ajutaţi.

Obiectivele tratamentului homosexualităţii reale, manifeste, vizează dispariţia interesului erotic pentru membrii aceluiaşi sex şi totodată dobîndirea capacităţii de a avea sentimente erotice şi relaţii sexuale satisfăcătoare cu o persoană heterosexuală. Practic, se poate vorbi de o cură terapeutică reuşită numai dacă în urma tratamentului, homosexualul poate dezvolta sentimente de tandreţe

persistentă pentru o femeie, cu posibilitatea de a avea cu ea raporturi sexuale satisfăcătoare pe o durată de timp mai lungă (pînă la dorinţa de a se căsători cu ea). Un alt criteriu de eficacitate a tratamentului este şi faptul că, fostul homosexual să fie capabil să-şi domine impulsurile şi tentaţiile homosexuale, fără a prezenta o anxietate puternică. Vorbim de o pseudocură atunci cînd după aplicarea tratamentului nu se schimbă prea mult din punct de vedere al homosexualităţii reale, doar cu excepţia că el poate îndeplini uneori cu o femeie (soţie) un act sexual, incomplet, anxios şi atunci numai apelînd la imagini homoerotice.

În caz de homosexualitate simptomatică, secundară unor afecţiuni (tumori cerebrale, encefalite, encefalopatii, psihopatii sau nevroze) se efectuează tratamentul afecţiunii primare de fond, care a cauzat apariţia inversiunii sexuale.

În cazurile de homosexualitate reală manifestă, se recomandă psihoterapia de lungă durată şi mai ales psihanaliza, care sînt considerate procedeele majore terapeutice, deşi rezultatele de pînă acum nu au confirmat speranţele. Desigur, pacientul poate beneficia de aceste procedee terapeutice ca şi pentru alte tulburări nevrotice, asociate sau nu cu tulburări de ordin sexual. Hipnoza nu are o valoare certă în homosexualitatea manifestă, dar folosită cu prudenţă şi adecvat de către medic poate fi utilă în prognosticul unor varietăţi minore de homosexualitate. Totuşi, L. Alexander (citat de 1) a semnalat remisiuni rapide ale unor impulsuri homosexuale, prin sugestie hipnotică.

Electroşocul a avut unele succese, dar în realitate nu poate vindeca în întregime homosexualitatea. Terapia prin comă insulinică şi chirurgie psihică (lobotomie şi topectomie) nu au dat nici un rezultat.

Administrarea de hormoni sexuali androgeni la bărbaţii homosexuali normali din punct de vedere andrologic, nu este recomandată, deoarece stimulează libidoul fără să-i schimbe direcţia. Valoarea terapeutică a altor hormoni ca gonadotrofină corionică, ACTH sau cortizon este nulă.

HOMOSEXUALITATEA FEMININĂ

Mai este denumită cu sinonimele „inversiune sexuală", „homoerotism feminin" „tribadism" „saphism" sau „lesbianism".

După unele statistici se pare că homosexualitatea feminină este mai puțin frecventă decît cea masculină. Ea poate debuta în adolescență, favorizată de homoerotismul etapei pubertare, sau poate debuta mult mai tîrziu, în viața adultă.

După J. Cohen se pot distinge următoarele categorii de lesbiene :

— femei care au raporturi sexuale normale cu bărbații, dar pot avea în mod egal o viață amoroasă cu femei. Unele pot prezenta faze alternante de homosexualitate și de heterosexualitate ;

— femei care au o aversiune totală pentru relații sexuale normale cu sexul masculin. Acestea sînt lesbienele reale care nu au interes erotic pentru bărbați, sînt indiferente la atențiile sexuale ale bărbaților și au față de aceștia repulsie și teamă ;

— femei cu homosexualitate, avînd tulburări mai grave structurale a personalității de origine nevrotică sau psihotică.

Această clasificație nu este decît orientativă, deoarece în practică se pot întîlni și alte variante intermediare sau nuanțe de homosexualitate feminină.

Femeile pot ajunge la lesbianism pe mai multe căi :

— prin inițiere homosexuală, datorită unui mediu feminist lesbian ; ca și în cazul altor perversiuni, lesbienele încearcă și caută adepte printre prietene sau cunoștințe, fiind mai ușor de captat femeile nesatisfăcute sexual și îndeosebi cele care prezintă frigiditate vaginală ;

— din cauza unor traumatisme heterosexuale, determinate de brutalitatea primelor relații sexuale cu bărbatul, de impotența sau chiar de egoismul bărbaților ; acestea reprezintă pentru femei adevărate decepții heterosexuale, care le pot arunca în brațele lesbienelor ;

— din cauza unor erori educative, care cultivă teama pentru relațiile sexuale cu bărbații. La anumite fete emoțional imature, isteroide nu se cristalizează o preferință heterosexuală netă după faza pubertară homoerotică. Dacă asupra acestora acționează o educație greșită în spiritul unor temeri față de bărbați, ele pot aluneca spre lesbianism.

Se presupune, că unele lesbiene, care au ajuns la inversiune sexuală în mod accidental sau secundar unor decepții heterosexuale, după ce au trăit acest gen de aventură pot fi recuperabile. Lesbienele inveterate, relativ rare, nu cunosc și nici nu vor să cunoască de loc relațiile sexuale normale, heterosexuale.

Femeile care prezintă o anumită structură nevrotică sau psihotică a personalității pot răspunde la gratificațiile homosexuale, ca și la alte tipuri de activitate sexuală, în funcție de oportunitatea momentului. Atît pseudolesbienele isteroide, cît și cele aparținînd homosexualității simptomatice, în funcție de experiența sexuală trăită, se pot condiționa preferențial pentru homosexualitate, încît devine dificilă diferențierea lor de lesbienele reale.

Din punct de vedere al caracterului, lesbienele pot prezenta oricare din tipurile de caracter admise, de la personalitatea civică ascetică pînă la treapta cea mai de jos, cu tendință agresivă.

În general, lesbienele ocazionale refuză conștient să se considere ca atare, chiar dacă în trecutul lor se regăsesc cîteva experiențe homosexuale propriu-zise. Ele încearcă să le explice ca accidente sau ca datorite unor slăbiciuni neînțelese. Este evident că existența în antecedente a unor astfel de manifestări homoerotice face ca viața lor heterosexuală să fie dificilă și anxioasă.

Medicul se află uneori în fața unei femei care se prezintă din punct de vedere somatic foarte feminină, dar care consultă pentru insatisfacție sexuală sau o repulsie în raporturile sexuale cu bărbatul. O altă categorie, cea a lesbienelor reale, nu numai că sînt conștiente de tendințele lor sexuale, dar ele își găsesc satisfacție erotică în realizarea lor. Ele admit că sînt „diferite" și numai rareori, se consideră anormale.

La femeile care prezintă perioade alternante de heterosexualitate și homosexualitate, este ușor să se evidențieze în timpul relațiilor sexuale cu bărbatul componente sadice față de partenerul masculin sau componente mazo-

chiste în care ele găsesc satisfacție. Unele din acestea în timpul relațiilor sexuale cu bărbatul, sînt obligate să-și imagineze un partener feminin ca să poată obține satisfacția sau să evite repulsia față de partenerul bărbat.

În ceea ce privește culpabilitatea, unele lesbiene conștiente de tendințele lor, realizate sau nu, se consideră vinovate, anormale și simt reprobarea publică, altele, dimpotrivă, nu se simt vinovate și chiar manifestă pretenții revendicative față de societate, dar mai puțin violente în comparație cu homosexualii masculini. În privința conformației corporale somatice unele lesbiene sînt feminine, altele au o constituție masculinoidă.

Lesbienele cu o astfel de constituție masculinoidă sînt, de obicei, active, dar pot fi și pasive încît este dificil de apreciat acest caracter după aspectul fizic. Lesbienele masculinoide active în manifestările lor încearcă să adopte imaginea parodiată a bărbatului. Această încercare se manifestă numai pe plan comportamental, prin autoritarism, duritate sau pe plan vestimentar.

Lesbienele pasive se pot căsători de convenienţă cu un bărbat sau pentru protecție socială, dar sexual, rămîn frigide și incapabile de o dragoste autentică cu soțul. De obicei, ele nu doresc să aibă copii.

Lesbienele viriloide active, se căsătoresc foarte rar, exceptînd cazul cînd iau un bărbat homosexual, impotent sau bătrîn.

Unele lesbiene pot dori intens un copil (dar fără a avea un soț permanent) și reușesc să-l conceapă prin relații heterosexuale sau recurg la a adopta un copil. Din păcate, din cîte se cunoaște, o lesbiană reală nu-și schimbă comportamentul homosexual prin graviditate sau nașterea unui copil. Din punct de vedere al activității sexuale propriu-zise, comportamentul lesbienelor se manifestă foarte diferit, mergînd de la o tandrețe excesivă pînă la tendința de a mima penetranta vaginală și coitul.

În realitate, dragostea lesbiană nu reprezintă decît o iritație a centrilor nervoși erogeni, generatoare de senzații voluptoase, care chiar dacă ajunge la un vag paroxism, după aceasta urmează o senzație confuză de insatisfacție,

de incompletitudine. Unii autori chiar compară lesbianismul cu o varietate de masturbație.

Această iritație a centrilor nervoși, repetată constant de lesbiana care nu ajunge la o detentă propriu-zisă, la o satisfacție sexuală completă, predispune la apariția unei întregi game de nevroze, datorită epuizării sistemului nervos central.

Profilaxia lesbianismului constă din evitarea factorilor predispozanți amintiți.

Tratamentul homosexualității feminine este mai ușor de efectuat în cazul existenței unei culpabilități sau anxietăți cînd lesbienele sînt conștiente de starea lor îndeosebi în cazul homosexualității simptomatice de origine nevrotică sau psihică, cînd însăși pacienta solicită acest tratament. În caz de lesbianism real, manifest, se încearcă aceleași metode terapeutice ca și pentru homosexualitatea masculină. Prognosticul homosexualității feminine, îndeosebi cînd lesbiana dorește să se trateze, pare a fi mai favorabil în comparație cu homosexualitatea masculină.

BIBLIOGRAFIE

(Intersexualitatea și deviații ale comportamentului sexual)

1. Abraham G. — Sexologie clinique, Ed. Doin, Paris, 1967.
2. Bricaire H. — Les états intersexuels acquisitions médicales recentes, Ed. Flammarion, Paris, 1957.
3. Constantini, Toreieles — *Presse méd., 13—14 ;* 148, 1942.
4. De Moura A. C., Pinto Basto L. — *J. Urol. (Baltimore), 56 :* 725, 1946.
5. Ferrier P. E. — *Lancet I :* 1 401, 1965.
6. Gennes de L. — Maladies des glandes endocrines, Ed. Flammarion, Paris, 1959, p. 509.
7. Greenblatt-Mortara, Torpin — *J. Obstet. Ginec. Brit. Emp., 44 :* 658, 1942.
8. Greene R., Matthews D., Hughesdon P. E., Howards A. — *Brit. J. Surg., 41 :* 548, 1854.
9. Guinet P. — *Ann. Endocr. (Paris), 26 ;* 2 : 1 287, 1965.
10. Guinet P., Putelat R. — *Rev. Lyon. Méd., 9 ;* 2 : 67, 1960.
11. Guinet P., — *Rev. Prat. (Paris), 8 :* 2 135, 1958.
12. Ionescu B., Grigorescu A. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 20 ;* 5 : 435, 1969.

13. Jost A. — *C. R. Soc. Biol. (Paris), 142 :* 273, 1948.
14. Jost A. — *Arch. microbiol. Morphol. exp., 40 :* 257, 1951.
15. Jost A. — La différenciation sexuelle de l'embryon. În : „Hermaphroditism and Genital Anomalis", Williams and Wilkins, Baltimore, 1958.
16. Klotz H. P., Borel E., Calda R. — *Sem. Hôp. Paris, 65 :* 3 438, 1955.
17. Marañon G. — Le problème des sexes. Ed. de Nöel, Paris, 1937.
18. Marañon G. — L'évolution de sexualité et les états intersexuelles, Gallimard, Paris, 1931.
19. Milcu Șt. M., Ionescu B., Maximilian C. — Intersexualitatea comunicată la prima conferință de genetică animală, București, 10—12.XII.1970.
20. Milcu Șt. M., Maximilian C., Ionescu B. — Endocrinopatiile genetice, Ed. Acad. R.S.R., București, 1968, p. 418.
21. Müller P. — Les états intersexueles, *Gaz. méd. Fr., 72 :* 3 577, 1965.
22. Netter A., Lombroso A., Lambert A. — *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 74 :* 246—249, 1958.
23. Oliven F. J. — Sexual Hygiene and Pathology, Philadelphia-Montreal, 1955.
24. Overzier C. — *Rev. lyon. Méd., 14 :* 125, 1965.
25. Pallosson E. — *Rev. franc. Gynéc., 9—10 ;* 281, 1951.
26. Raynand A., Maniel F. G., Xich N. A. R. — *Presse méd., 47 ;* 459, 1939.
27. Săhleanu V., Măicănescu—Georgescu, M. : Introducere în sexologia masculină. Ed. medicală, București, 1966.
28. Seringe P. H., Bach Ch., Loewe Lyon S., Hallez J., Bocquet L., Veron Fl. — *Sem. Hôp. Paris, 37, :* 57, 1961.
29. Sheppard H. — Hermaphroditism in Man, *Anat. Rec. 19 :* 55, 1920.
30. Stoica T., Buşilă E., Coculescu M., Teodorescu S. — *Stud. Cercet. Endocrinol., 21 ;* 2, 1970.
31. Urechia C. I., Țeposu E. — *Presse méd., 41 :* 2 062, 1933.

ASPECTE MEDICO-LEGALE ALE SEXUALITĂȚII

În relațiile dintre oameni s-au stabilit anumite norme de conviețuire, în interesul personal și al societății. Felul acestor relații sociale depinde de structura economică a societății respective.

În țara noastră, orînduirii socialiste îi corespunde tipul de relații socialist, morala socialistă. În cadrul acestei morale intră și legăturile dintre sexe din domeniul vieții intime, sexuale. Prin modul nou de viață, prin crearea unei concepții noi despre dragoste, căsătorie și familie, s-a creat și o morală sexuală nouă, în care aspirațiile și sentimentele individului se încadrează în normele de conduită etice ale societății noastre. În sprijinul moralei sexuale socialiste vine legislația țării noastre, care ocrotește inviolabilitatea sexuală a fiecărui cetățean și sancționează infracțiunile împotriva pudorii și a bunelor moravuri. Viața sexuală nu interesează exclusiv numai pe individ, relațiile sexuale fiind legate de funcția reproducerii, care la om nu este numai un fenomen biologic, ci, în primul rînd, un fenomen social. Din această cauză, Codul Penal și Codul Familiei se ocupă de probleme sexuale și de relațiile matrimonial-familiale, venind în sprijinul căsătoriei și familiei, pentru prosperitatea acestei instituții.

Legislația noastră veghează asupra inviolabilității sexuale și a bunelor moravuri și sancționează desfrîul sexual, coruperea minorilor, violul, perversiunile sexuale, prostituția și orice atentat la pudoare. Consecințele socia-

le ale acestor abateri sînt cunoscute în ţările capitaliste şi ele duc la degenerarea populaţiei şi subminează instituţia de bază a societăţii — familia.

Persoanele minore sînt inviolabile şi chiar consimţirea lor pentru raporturi sexuale nu absolvă de răspundere pe cel vinovat. După ce s-a ajuns la maturizare, orice raport sexual fără consimţire sau cu consimţămînt silit se consideră ca infracţiune sexuală şi atrage după sine pedepsirea.

Codul Penal al R.S.R. (1) se ocupă de infracţiunile privitoare la viaţa sexuală în *articolele de la 197 la 204.* Una dintre aceste infracţiuni este violul.

VIOLUL

Violul este menţionat de Codul Penal *la art. 197* în felul următor :

„Raportul sexual cu o persoană de sex feminin, prin constrîngerea acesteia sau profitînd de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-şi exprima voinţa se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani".

Noţiunea de viol implică posedarea fetei sau femeii şi intromisiunea penisului în cavitatea vaginală. Fără această condiţie, vorbim de atentat la pudoare, de tentativă de viol (*art.* 204 arată că tentativa se pedepseşte).

Violul se referă atît la copilă (tînăra fată virgină), cît şi la femeia deja deflorată. Bineînţeles, că în cele mai frecvente cazuri sînt implicate tinerele fete virgine.

În condiţiile violului, în care pe primul plan stă brutalitatea, accidentele deflorării sînt frecvente şi severe, constînd în dureri, hemoragii sau alte complicaţii. Cu atît mai mult aceste accidente sînt mai serioase, cu cît violul se efectuează asupra unei copile, în care caz disproporţia dintre organele genitale masculine şi cele feminine agravează consecinţele traumatismului.

În ce priveşte violul fetelor, statisticile judiciare arată că în 2/3 din cazuri se efectuează asupra celor de 10—14 ani ; sub 10 ani este o excepţie şi atunci, de obicei, este săvîrşit de copii de 15—18 ani, cu organele sexuale dezvoltate.

Agresiunea sexuală înainte de vîrsta de 10 ani se manifestă mai degrabă ca un atentat la pudoare, decît ca un viol.

Accidentele violului asupra fetiţelor pot fi uneori deosebit de grave, chiar mortale, deoarece se complică cu rupturi ale perineului şi dezinserţie vaginală.

În cazul fetei mature, aceasta, cu forţa ei fizică, se apără cît poate, dar brutalitatea bărbatului inconştient, în unele cazuri, poate învinge. Alteori, este vorba de doi bărbaţi inconştienţi, care se ajută, şi rezistenţa fetei este în zadar.

După N. V. Popov (3) violurile se împart în trei grupe :

1) viol cu folosirea unei violenţe fizice ;
2) viol cu abuzarea de starea neputincioasă a victimei ;
3) viol cu folosirea mijloacelor psihice de intimidare.

În ce priveşte violul prin violenţă fizică, comis asupra femeii adulte, majoritatea autorilor consideră că o femeie sănătoasă fizic şi psihic, în condiţii normale, nu poate fi posedată cu forţa. O femeie cu forţe reduse rezistă, chiar dacă agresorul este mai puternic. Totuşi, anumite împrejurări favorizează violul şi asupra unei femei adulte, de exemplu în cazurile de luare prin surprindere, de durere provocată prin lovituri sau prin cădere. Spaima sau frica sînt factori care scad puterea de rezistenţă a femeii. Violul de unul singur reuşeşte numai excepţional şi numai atunci cînd se adaugă factorii favorizanţi de mai sus ; în schimb, violul în grup (2—3 bărbaţi) anihilează împotrivirea femeii. Se cunosc cazuri de rezistenţă îndîrjită a unei singure femei la 2 sau chiar 3 bărbaţi.

Violul prin abuzarea de starea neputincioasă a victimei este posibil în caz de inconştienţă a femeii provocată de diferite boli, sau cînd aceasta este în imposibilitatea de a-şi exprima voinţa. Este cunoscut faptul că în coma epileptică o femeie poate fi posedată. De asemenea, în stările de leşin, şoc sau intoxicaţii, violul este posibil. Problema violării în stare de somn natural, după majoritatea autorilor, nu este un lucru posibil. Totuşi, în cazul unui somn profund se poate confunda agresorul cu soţul, la începutul actului sexual, după care femeia se trezeşte şi procedează în consecinţă.

În caz de somn artificial provocat prin substanţe somnifere şi narcotice, ca şi prin hipnoză, violul este posibil. Dar, practic, cazurile sînt excepţionale. În general, narcoticele sînt observate de femeie, iar starea de hipnoză nu se poate produce fără consimţămîntul femeii. Adăugarea de substanţe narcotice şi hipnotice la băuturile alcoolice poate fi pusă în evidenţă prin examenul toxicologic al urinii în primele 24 de ore.

În starea de ebrietate violul este posibil, dar expertiza medico-legală întîmpină dificultăţi. Se ştie că într-o stare de ebrietate uşoară, femeia se poate opune la fel ca şi una trează, ebrietatea medie reduce capacitatea de a se opune, iar starea de ebrietate profundă lipseşte femeia de posibilitatea de a se împotrivi şi de a aprecia ceea ce se întîmplă, din care cauză violul se poate produce.

Dificultatea examenului constă în faptul că reclamaţiile se produc deseori după dispariţia stării de ebrietate, cînd expertul nu poate constata gradul intoxicaţiei alcoolice sau al neputinţei de împotrivire.

Violul prin intimidare se referă la cazurile în care femeia nu se opune fizic, dar consimţirea ei este silită prin ameninţări, intimidare, şantaj sau înşelare, promisiuni materiale etc. În general, asemenea cazuri ajung mai rar la reclamaţii.

În privinţa delictelor sexuale faţă de minori sau faţă de persoanele psihopate şi isterice, trebuie să existe o atitudine foarte prudentă în a aprecia starea delictuală, deoarece copiii au tendinţa la fantezii, se supun uşor sugestiilor şi pot aduce false învinuiri medicilor, profesorilor şi bărbaţilor cunoscuţi sau necunoscuţi. Reclamaţiile pot proveni de la falsele victime sau de la părinţii lor. Uneori vulvovaginita fetelor este punctul de plecare a unor sugestii romantice şi acuzaţii false, din simple capricii sau scontîndu-se pe obţinerea de avantaje materiale. Uneori, mobilul reclamaţiilor false este răzbunarea sau obţinerea unor ajutoare, şantaj etc. Fourier citează un caz în care mama a traumatizat organele genitale ale fetiţei şi apoi a acuzat de viol pe un om în stare de ebrietate, iar acesta a stat la închisoare pînă cînd expertiza a dovedit că nu era vinovat.

Expertiza medico-legală, care se va efectua la cererea părţii vătămate, va trebui să fie făcută cît mai repede, pentru a se putea stabili comiterea delictului.

În caz de viol, expertiza medico-legală se întîlneşte cu două situaţii : violul asupra fetiţelor şi fetelor virgine şi violul asupra femeilor adulte, cu trecut genital şi obstetrical.

În prima situaţie, la examenul organelor genitale se pune în evidenţă deflorarea. Himenul prezintă o ruptură totală la fata adultă şi parţială la fetiţă, la care penetraţia penisului n-a fost posibilă. Imediat după deflorare, marginile rupte ale himenului sînt roşiatice, congestionate, uneori sîngerînde, în jur tumefiate şi dureroase la atingere. După 2—3 zile începe un proces de vindecare, iar după 5—7 zile semnele de deflorare pot să dispară cu totul sau se constată neclar. În cazurile de contact sexual fără deflorare, expertiza este mai dificilă şi se bazează pe celelalte semne ale producerii actului sexual. Se ştie că ruptura himenului fără coit este posibilă prin unii factori mecanici, care acţionează direct asupra himenului, mai rar, prin masturbare sau în diferite boli ca difteria, variola, noma, luesul etc. Mersul pe bicicletă, călăritul şi unele căzături nu rup himenul, doarece acesta este aşezat profund şi este suficient de elastic şi rezistent.

Un alt semn de viol este producerea echimozelor şi a sufuziunilor sanguine pe coapse, pe antebraţ şi aceasta mai mult la adulte, care încearcă să fugă şi să se apere de agresor. Dacă violul este comis de un sadic, se constată răni supraadăugate prin diferite instrumente. Nu trebuie scăpată din vedere nici posibilitatea autolezării, în vederea înscenării violului.

Căutarea urmelor de spermă se va face pe rufărie sau, cînd examenul genital este precoce, este posibil să găsim spermatozoizi în căile genitale ale victimei ; la nevoie se face examenul secreţiei vaginale recoltate din fundul de sac posterior. Prezenţa urmelor de spermă, pe faţa internă a coapselor sau pe cămaşa victimei, sau a petelor de sînge are importanţă medico-legală. Se mai pot găsi peri din regiunea pubiană a victimei pe rufele şi organele genitale ale agresorului.

Căutarea contaminărilor veneriene este un aspect important, deoarece deseori agresorul este purtătorul unei boli venerice.

Astfel, la examenul organelor genitale se poate pune în evidenţă o scurgere galbenă-verzuie blenoragică, un şancru moale sau indurat. Cînd reclamaţia are loc tardiv, se vor căuta semne de sarcină. Constatarea acestora poate să confirme sau să infirme acuzaţiile femeii, analizîndu-se dacă dezvoltarea uterului corespunde cu data cînd ar fi fost violată.

Individul bănuit a fi autorul violului va fi examinat cît mai repede ; şi la el se pot vedea urmele de luptă şi autoapărare, pe faţă, gît şi mîini, care constau în excoriaţii, zgîrieturi, echimoze. Se cunosc cazuri cînd femeia l-a omorît pe agresor.

Indivizii agresori prezintă mai rar leziuni importante, însă mai frecvent pot să prezinte urmele luptei pe îmbrăcăminte (rupturi, nasturi rupţi, pete de spermă şi urme de sînge).

Examenul la faţa locului este indicat în cazurile în care se pune problema violului prin surprindere, cînd se vor constata împrejurările care au determinat-o pe femeie să nu se poată împotrivi.

Interogatoriul va consta în ascultarea victimei, fără să fie întreruptă, iar la cele spuse de minore se va urmări vocabularul întrebuinţat, dacă este corespunzător vîrstei şi pregătirii intelectuale, avîndu-se în vedere că minorele, uneori, inventează scene romantice ireale. În cazul constatării violului la femeia adultă, cu trecut sexual, în afară de dovedirea raportului sexual (prin ejaculatul spermatic, pete de sînge, transmiterea de boli venerice, sarcină), este necesar să mai căutăm semnele obiective ale violenţei, cît şi semnele obiective ale imposibilităţii de exprimare a consimţămîntului. Dovada violenţei se constată uneori pe îmbrăcămintea şi pe corpul victimei, cît şi pe al agresorului. Leziunile de pe corp apar mai frecvent în jurul organelor genitale externe, pe faţă, gît sau braţe sub formă de zgîrieturi sau muşcături.

Concluziile expertizei medico-legale vor putea fi certe, probabile sau incerte, depinzînd de fiecare caz în parte.

Se cunoaşte că există viol fără deflorare fizică, cît şi deflorare fără viol, din cauza multitudinii de varietăţi de himene, ca şi de condiţiile de producere a violului.

Aşa cum arată Kernbach (2), sub 6 ani violul este imposibil ; între 6 şi 11 ani violul se însoţeşte de leziuni grave, iar de la 11 la 16 ani în sus pot să apară elemente probabile şi incerte, datorite particularităţilor de conformaţie sau funcţionale ale himenului. Certitudinea de deflorare este dată de constatarea rupturilor himenale. Examenul este incert atunci cînd ne aflăm în faţa unui himen îngust, elastic şi care se dilată mult. De asemenea, este ştiut că un raport sexual consumat, în lipsa altor semne, nu exclude şi nici nu include întotdeauna virginitatea.

În legătură cu violul, *articolul 197* din Codul Penal al R.S.R. specifică în continuare următoarele :

„Pedeapsa este închisoarea de la 3 la 10 ani, dacă :
a) victima nu împlinise vîrsta de 14 ani ;
b) fapta a fost săvîrşită de mai multe persoane ;
c) victima se afla în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau în tratamentul făptuitorului ;
d) s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii.
Pedeapsa este închisoarea de la 7 la 15 ani, dacă fapta a avut ca urmare moartea sau sinuciderea victimei".

Acelaşi articol, în ultimul aliniat, precizează :

„faptele prevăzute în alin. 1 şi 2 nu se pedepsesc, dacă înainte ca hotărîrea să fi rămas definitivă a intervenit căsătoria dintre autor şi victimă, iar în caz de participaţie, dacă a intervenit căsătoria dintre victimă şi oricare dintre participanţi".

ALTE ASPECTE MEDICO-LEGALE PRIVITOARE LA VIAŢA SEXUALĂ

Articolul 198 menţionează :

„Raportul sexual cu o persoană de sex feminin care nu a împlinit vîrsta de 14 ani se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 5 ani".

Articolul 199 menţionează :

„Fapta aceluia care, prin promisiuni de căsătorie, determină o persoană de sex feminin mai mică de 18 ani de a avea cu el raport sexual se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 5 ani."

Articolul 200 menţionează în primul aliniat :

„Relaţiile sexuale între persoane de acelaşi sex se pedepsesc cu închisoare de la 1 la 5 ani".

Articolul 201 menţionează în primul aliniat :

„Săvîrşirea actelor de perversiune sexuală care au produs scandal public se pedepseşte cu închisoare de la 1 la 5 ani".

În ultimul aliniat, acelaşi articol arată :

„Constituie acte de perversiune sexuală orice acte nefireşti în legătură cu viaţa sexuală, altele decît cele prevăzute în articolul 200".

Dintre formele de inversiune şi perversiune sexuală, cea mai frecventă este homosexualitatea, adică relaţiile sexuale dintre bărbaţi şi relaţiile sexuale dintre femei. Homosexualitatea între bărbaţi se practică sub formă de pederastie *(coitus per anum)* sau prin masturbare reciprocă. Actul sexual anal se mai numeşte şi act sodomic şi cînd acesta se practică cu femeia, vorbim de sodomie conjugală.

Înclinaţia homosexuală faţă de copii poartă numele de *pedofilie*. Printre actele de homosexualitate feminină, amintim de *tribadism* şi *safism*.

Pederastia rezultă dintr-o deviaţie psihică a sexualităţii şi se întîlneşte acolo unde există stigmate ale descompunerii morale, în mediile corupte, la toxicomani şi alcoolici şi la cei cu teren predispus, pe care acţionează factorii nocivi educativi.

Expertiza medico-legală este solicitată în cazul unui act sexual sodomic neconsimţit, cînd partenerul se împotriveşte ; atunci se pot pune în evidenţă leziuni minime anale, sub formă de eroziuni, zgîrieturi cu unghiile, plus alte semne de luptă rămase pe corp.

La homosexualii cronici pasivi, expertiza poate arăta ştergerea pliurilor mucoase perianale ; anusul se poate dilata în formă de pîlnie (deformarea infundibuliformă),

cu relaxarea sfincterului anal ; în formele avansate se poate observa incontinenţa materiilor fecale prin deschiderea permanentă a anusului.

Pînă în anul 1948, Codul Penal sancţiona numai cazurile de inversiune sexuală care provocau scandal public. Începînd cu anul 1948, Codul Penal vine în sprijinul moralităţii sexuale, al dirijării actului sexual în sensul biologic şi uman şi pedepseşte actele de inversiune sexuală săvîrşite în orice condiţii.

Articolul 202 tratează despre corupţia sexuală :

„Actele cu caracter obscen săvîrşite asupra unui minor sau în prezenţa unui minor se pedepsesc cu închisoare de la 3 luni la 2 ani."

Articolul 203 tratează despre incest :

„Raportul sexual între rude în linie directă sau între fraţi şi surori se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani".

De asemenea, *articolul 204* menţionează că tentativa infracţiunilor prevăzute la *art. 197—198* (adică violul şi raportul sexual cu o minoră) şi la *art. 200—203* (adică relaţiile sexuale între persoane de acelaşi sex, perversiunea sexuală, corupţia sexuală şi incestul) se pedepseşte.

Articolul 321, tratînd despre ultrajul contra bunelor moravuri şi tulburarea liniştii publice, menţionează în primul aliniat :

„Fapta persoanei care, în public, săvîrşeşte acte sau gesturi, proferează cuvinte şi expresii sau se dedă la orice alte manifestări prin care se aduce atingere bunelor moravuri sau se produce scandal public se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani".

Articolul 325 tratează despre răspîndirea de materiale obscene :

„Fapta de a vinde sau răspîndi, precum şi a confecţiona ori deţine în vederea răspîndirii, obiecte, desene, scrieri sau alte materiale cu caracter obscen, se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă".

Se combat în acest fel publicaţiile pornografice care au o influenţă nefastă asupra dezvoltării sexualităţii la tineri şi care duc la decădere morală.

Legislația noastră socialistă a desființat prostituția, vînzarea actului sexual, care reprezintă o rușine pentru om. O dată cu dispariția exploatării omului de către om, a dispărut și baza social-economică a prostituției. *Art. 328* menționează :

„Fapta persoanei care își procură mijloacele de existență sau principalele mijloace de existență practicînd raporturi sexuale cu diferite persoane constituie infracțiunea de practicare a prostituției și se pedepsește cu închisoare corecțională de la 3 luni la 3 ani".

Codul Penal vine în sprijinul căsătoriei și familiei și obligă să fie respectată această instituționalizare a relațiilor matrimoniale. Astfel, *art. 303* califică ca delict de bigamie încheierea unei noi căsătorii de către o persoană căsătorită.

În sprijinul durabilității căsniciei și a unor relații sănătoase conjugale vine *art. 304*, care arată că fapta persoanei căsătorite de a avea relații sexuale în afara căsătoriei constituie delictul de adulter și se pedepsește cu închisoare de la 1 la 6 luni. Proba adulterului se poate face numai prin procesul verbal de constatare a infracțiunii flagrante sau prin scrisori care emană de la soțul vinovat.

Familia reprezintă o unitate economică și morală și impune anumite legături matrimoniale, cît și existența unor obligații. Este înscrisă în lege sub numele de delict de abandon de familie fapta persoanei care are obligația legală de întreținere față de cel îndreptățit la întreținere și care se sustrage acestei obligații prin : părăsirea, alungarea sau lăsarea fără ajutor ; neîndeplinirea cu rea-voință a obligațiilor de întreținere prevăzute de lege ; neplata cu rea-credință, timp de 2 luni, a pensiei de întreținere *(art. 305)*.

În unele cazuri de căsătorie, ca acela în care fetele cer dispensă de vîrstă, se pune problema aprecierii maturității sexuale.

Delictele în care trebuie să determinăm maturitatea sexuală se întîlnesc mai frecvent la fete și foarte rar la băieți.

Maturitatea sexuală este un proces complex care necesită o perioadă de mai mulți ani. După lege, se admite căsătoria la 18 ani, deși aceasta nu reprezintă vîrsta optimă. Este cunoscut că maturizarea deplină biologică și socială are loc mai tîrziu, la 20—21 de ani. Maturizarea sexuală în unele cazuri se poate produce mai devreme de 18 ani și aprecierea acestei maturități trebuie să se facă după criterii obiective. Astfel, la fată, capacitatea de copulație se consideră după gradul de dezvoltare a organelor genitale externe și interne. Capacitatea de concepție este un criteriu important și în general corespunde cu venirea menstruației ; nu este totuși un semn absolut, fiindcă primele menstre sînt uneori fără ovulație (anovulatorii). Posibilitatea de gestație și de a duce la bun sfîrșit sarcina și nașterea se apreciază prin măsurătorile bazinului. Pentru aprecierea capacității de alăptare, nu se consideră numai dezvoltarea sînilor, ci se insistă mai mult asupra dezvoltării intelectuale și psihice a fetei.

Există și situații cînd persoanele candidate la căsătorie au vîrsta legală împlinită, dar nu au o dezvoltare morfologică și funcțională normală a aparatului genital sau prezintă diferite boli congenitale sau dobîndite, care contraindică căsătoria. Dacă după efectuarea unei căsătorii se evidențiază astfel de stări, acestea pot fi uneori motive de divorț pentru unul din soți. Astfel, imposibilitatea practicării raportului sexual pune probleme medico-legale înainte de căsătorie, după încheierea acesteia sau în timpul vieții conjugale.

Unele boli ca hermafroditismul, malformațiile congenitale, impotența sexuală masculină și feminină pot anula o căsătorie. În caz de hermafroditism, căsătoria se consideră nevalabilă cînd cei doi indivizi căsătoriți sînt de același sex (de exemplu, un bărbat care se căsătorește cu o hermafrodită cu bilanț genital masculin). În cazurile de hermafroditism, ca și în cele de absență a sexului, se impune expertiza medico-legală. Aceasta mai este necesară și în cazurile de delicte sexuale, în care trebuie stabilită potența sexuală a hermafroditului. În caz de impotență sexuală feminină (apareunie) prin obstacole absolute (de exemplu, absența congenitală a vaginului, existența unei cavități comune recto-vaginale), dacă

aceste situaţii au fost cunoscute înainte de mariaj şi ascunse de partener, ele pun problema divorţului.

Există situaţii cînd căsătoria rămîne neconsumată din diverse cauze, care nu permit actul sexual. De exemplu, în cazul unui vaginism primitiv al fetei, toate tentativele soţului rămîn fără rezultat şi fata rămîne virgină. Avînd în vedere că vaginismul primitiv nu este definitiv, ci se poate trata, soţul nu se va grăbi să ceară divorţul. La fel, în cazul himenului imperforat, în care în general nu se poate produce deflorarea, dar unde o simplă incizie practicată de medic rezolvă problema. Unele obstacole pentru coit, dobîndite în cursul vieţii genitale prin stenoze cicatriceale, prolapsuri uterine, vaginisme secundare, dispareunie etc., nu dau dreptul la desfacerea căsătoriei, deoarece se pot trata. Frigiditatea femeii nu antrenează nici un fel de urmări medico-legale. Frigiditatea plăcerii cînd nu se asociază cu frigiditatea dorinţei sexuale este bine tolerată şi de multe ori nici soţul nu-şi pune probleme. Frigiditatea totală poate duce la dezgust şi refuz pentru actul sexual. În cazurile de copulaţii deviate şi de perversiuni sexuale, se poate cere desfacerea căsătoriei, deoarece inversiunile şi perversiunile sexuale reprezintă o injurie adusă soţiei de către soţ. Dificultatea constă însă în a demonstra aceste stări.

Impotenţa sexuală a bărbatului creează o situaţie fragilă conjugală şi se referă la incapacitatea de copulare, iar sterilitatea masculină se referă la incapacitatea fecundantă a bărbatului, cu lipsa posibilităţilor de procreare. Expertiza medico-legală a impotenţei sexuale a bărbatului devine necesară nu numai în cererile de divorţ, ci şi în caz de acuzaţii false de viol sau în alte delicte sexuale ; de asemenea, atunci cînd se neagă paternitatea. În impotenţa sexuală de cauză organică prin infantilism genital, absenţa congenitală sau dobîndită a penisului, cicatrice deformante ale penisului sau prin alte stări de boală a organelor genitale, expertiza medico-legală este uşor de făcut. În cazurile de impotenţă sexuală funcţională, expertiza devine dificilă privind concluziile şi sînt necesare o supraveghere atentă un timp mai îndelungat şi colaborarea cu neurologul şi psihiatrul. În cazul sterilităţii, se examinează ejaculatul ; în acest scop, recoltarea ejaculatului se face în momentul examinării, de la persoana presupusă impotentă şi nu este admis să se aducă ejaculatul recoltat acasă. Se cunosc situaţii cînd tinerele soţii, după mai mult timp de căsătorie, rămîn tot virgine din cauza impotenţei sexuale a soţului.

Prevenirea inconvenientelor medico-legale ce rezultă din stările care nu permit raporturile sexuale se face prin examenul general medical înainte de căsătorie, prenupţial, care în ţara noastră este obligatoriu. Ca să fie eficient acest examen, el trebuie privit cu toată răspunderea din partea medicului şi cu toată seriozitatea de candidatul la căsătorie. În acest mod, se asigură procrearea de urmaşi sănătoşi şi, totodată, armonia conjugală şi familială.

BIBLIOGRAFIE

(Aspecte medico-legale ale sexualităţii)

1. * * * — Codul penal al Republicii Socialiste România, 1968.
2. Kernbach — Medicină judiciară, Ed. medicală, Bucureşti, 1958.
3. Popov N. V. — Medicina judiciară, Ed. de stat pentru literatură ştiinţifică, Bucureşti, 1954.